UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2011 ***n° __________***

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

BISMUTH Michel

Né le 20 Août 1979 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 11 Janvier 2011

LA CONSULTATION DE DELIVRANCE DU TEST HEMOCCULT DANS LE CADRE DU DEPISTAGE ORGANISE : ETUDE QUALITATIVE

Président : Monsieur le Professeur Michel NOUGAIREDE

Directeur : Madame le Docteur Isabelle AUBIN-AUGER

DES de Santé Publique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :
Monsieur le Professeur NOUGAIREDE Michel

Directeur de thèse :
Madame le Docteur AUBIN-AUGER Isabelle

Membres du jury :
Monsieur le Professeur BOURRILLON Antoine
Monsieur le Professeur ADNET Frédéric
Monsieur le Professeur LEPOUTRE Bruno

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ATCD : Antécédents
BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
BIUM : Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine
CCR : Cancer Colorectal
CPP : Comité de Protection des Personnes
DGS : Direction Générale de la Santé
DGS : Direction Générale de la Santé
FADO : Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal
GE : Gastro-Entérologue
GP : General Practitioner
HAS : Haute Autorité de Santé
HNPCC : Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer
INCa : Institut National du Cancer
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la santé
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
InVS : Institut de Veille Sanitaire
MG : Médecin Généraliste
MT : Médecin Traitant
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAF : Polypose Adénomateuse Familiale
PSVO : Prévention Santé en Val d'Oise
RCH : Rectocolite Hémorragique
SFED : Société Française d'Endoscopie Digestive
SNFGE : Société Nationale Française de Gastroentérologie
VPP : Valeur Prédictive Positive

Table des matières

1. INTRODUCTION

Dans le monde, l'incidence du cancer colorectal est de 945 000 nouveaux cas par an et le nombre de décès annuels de 490 000 [1]. En Europe, ces chiffres sont de 360 000 cas et 200 000 décès et, en France, de 37 400 cas et 17 000 décès en 2005 [1 ; 2].

Le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal est en augmentation du fait de notre style de vie et du vieillissement des populations.

Les pays occidentaux (Allemagne, Autriche, Pays Bas, France, Etats-Unis, Australie) ont aujourd'hui les taux d'incidence les plus forts. Cependant, les pays en voie de développement tels que l'Amérique du sud, l'Afrique et l'Asie enregistrent des taux d'incidence plus faibles mais en croissance.

La France fait partie des pays où ce cancer est le plus répandu : il représente le 3ème cancer le plus fréquent, après le cancer du sein et de la prostate, et le 2ème cancer en terme de mortalité, derrière le cancer du poumon.

Depuis les années 80, l'incidence en France a augmenté de près de 50% [1] et on estime qu'un français sur vingt cinq sera atteint d'un cancer colorectal au cours de son existence [3] mais sur cette même période le taux de létalité a baissé. Ceci peut s'expliquer par les progrès thérapeutiques mais aussi par le caractère plus précoce du diagnostic. Effectivement si la mortalité tous stades confondus du cancer colorectal est de 50%, le taux de survie à 5 ans au stade I de la maladie est lui de 94%.

De plus, l'étude de son histoire naturelle nous a permis de mettre en évidence l'existence de lésions précancéreuses que sont les polypes adénomateux. Le cancer colorectal résulte dans 60 à 80% des cas de la transformation cancéreuse d'un adénome. Le temps nécessaire à cette transformation est long, estimé à 10 ans en moyenne, ce qui permet le diagnostic et l'exérèse de cet adénome avant sa transformation cancéreuse.

L'étude épidémiologique du cancer colorectal a montré que 52% des cancers colorectaux surviennent entre 50 et 74 ans chez des personnes ne présentant pas d'antécédents personnels. Cette population a été désignée comme population à risque moyen.

Par ailleurs, 1 à 3% des nouveaux cas de cancer colorectal concernent des sujets à risque très élevé (sujets ayant une prédisposition génétique type syndrome HNPCC ou polypose adénomateuse familiale) et 15 à 20% des sujets à risque élevé (ATCD familiaux ou personnels d'adénome, de cancer colorectal, de pancolite inflammatoire type RCH ou maladie de Crohn). Ces groupes à risque élevé ou très élevé représentent 20% des cas de cancer colorectal [4].

Le cancer colorectal est rare chez les personnes de moins de 50 ans. L'incidence est la même chez les hommes et les femmes avant 55 ans et augmente ensuite plus rapidement chez les hommes [5].

Les causes du cancer colorectal sont partiellement connues : sédentarité, régime alimentaire, excès calorique, consommation d'alcool et de tabac [6]. Ces règles d'hygiène de vie sont à diffuser mais ne permettent pas de mener une politique de santé publique suffisante contre le cancer colorectal.

C'est dans ce contexte que de nombreuses stratégies de dépistage ont été étudiées. Les données de la littérature médicale nous montrent qu'il est possible de diminuer la mortalité par cancer colorectal de 15 à 20% dans la population générale et de plus de 30% dans la population cible en réalisant un test de recherche de saignement occulte tous les deux ans dans les selles chez des individus âgés de 50 à 74 ans [2].

Toutefois le taux de participation au test de dépistage doit atteindre au moins 50% de la population cible (risque moyen) avec la réalisation d'une coloscopie si le résultat est positif.

Le test de dépistage

Le test hémoccult, utilisé actuellement dans le cadre du dépistage organisé, est un test au Gaïac. Simple, acceptable, peu onéreux, sans danger, il répond aux critères requis par l'OMS (Organisation Mondiales de la Santé) pour un dépistage organisé [6].

En pratique, le test consiste à prélever deux petits fragments de selles de la taille d'une lentille ou d'un grain de riz, qu'il faut ensuite déposer sur une plaquette. Ce test est à effectuer sur trois selles consécutives. La plaquette est à envoyer à un centre de lecture.

Les expériences pilotes ont montré des taux de positivité de 2 à 3%, une VPP de 10% pour les cancers et de 40% pour les adénomes.

Sa sensibilité se situe entre 50% et 60% pour les cancers, d'où une pratique régulière tous les deux ans. Il est important de ne jamais négliger un signe d'alerte dans l'intervalle : présence de rectorragie ou de méléna, troubles du transit récent, douleurs ou amaigrissements [4]. Cette faible sensibilité du test hémoccult est notamment due au fait que toutes les lésions néoplasiques saignent par intermittence.

Cependant ce test permet d'avoir une spécificité très élevée de 98%, permettant d'éviter de trop nombreux faux positifs et ainsi de réduire les risques (1/1000) d'examens inutiles [1].

Le test au Gaïac devrait évoluer à court terme vers un test immunologique. Les tests immunologiques révèlent la présence de sang avec une plus grande précision. Les selles sont mises au contact de l'anticorps spécifique de l'hémoglobine humaine. Le résultat de cette mesure est ainsi exprimé sous une forme quantitative qui permet d'évaluer la concentration en hémoglobine des selles analysées.

La HAS (Haute Autorité de Santé) a rendu un avis le 19 décembre 2008 et recommande l'utilisation de ces tests dans le cadre de programme national de dépistage organisé du cancer colorectal.

Le plan cancer 2009-2013 prévoit, par ailleurs, le déploiement progressif de l'utilisation du test immunologique sur l'ensemble du territoire en assurant la continuité, la qualité et la sécurité du programme de dépistage (action 16.3) [7].

Les politiques de santé publique

Dans le cadre d'une politique de santé publique, le cancer colorectal rassemble toutes les conditions pour qu'un dépistage de masse soit organisé : une prévalence et une incidence importantes, une gravité de la pathologie, un développement lent avec des thérapeutiques efficaces sur les stades précoces et enfin, l'existence des méthodes de dépistage qui ont fait la preuve de leur efficacité dans plusieurs études internationales [5 ; 6].

Ainsi, en 1998, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) recommande la mise en place d'un programme de dépistage du cancer colorectal afin de réduire la mortalité [8]. En 2002, La DGS (Direction Générale de la Santé) rédige le cahier des charges de l'organisation d'un dépistage de masse du cancer colorectal. L'organisation du dépistage reposera sur les structures de gestion volontaire déjà en charge du dépistage du cancer du sein.

Un programme pilote est mis en place dans 23 départements mais il faudra attendre 6 ans pour que ce programme soit généralisé sur le territoire national [9].

C'est donc en 2008 que le programme entre en phase de généralisation progressive avec un cahier des charges actualisé (Journal officiel de la République Française - Programmes de dépistage des cancers). Il concerne à ce jour en France 16 millions d'individus de 50 à 74 ans à risque moyen [5].

L'institut de veille sanitaire (InVS) assure l'évaluation épidémiologique des programmes de dépistage organisé en France. Cette évaluation, effectuée à partir des données recueillies par les structures départementales chargées de l'organisation des dépistages, permet l'élaboration d'indicateurs d'activité, de qualité des tests et des examens, et la surveillance des lésions histologiques détectées.

La dernière évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été réalisée à partir des résultats des premières campagnes du programme pilote, à la date du 1er novembre 2007. A cette date, 22 départements pilotes (sur 23) avaient clôturé leur première campagne d'invitation et disposaient d'un recul suffisant pour le recueil des données.

Le taux moyen de participation s'élevait à 42% : 47% chez les femmes et 40% chez les hommes.

Il variait selon les départements de 31,1% à 54,2%. Le taux de participation recommandé, à savoir 50%, était atteint ou dépassé dans cinq départements seulement (Allier, Côte d'Or, Haut-Rhin, Ille-et-Vilaine et Mayenne).

Le pourcentage de tests positifs était de 2,7%. 87% des personnes ayant eu un test positif avaient réalisé une coloscopie [2; 7].

Le programme pilote a permis de diagnostiquer 10884 personnes ayant un ou plusieurs adénomes dépistés, soit un taux de 7,5 pour 1000 personnes dépistées (4,8‰ chez les femmes et 10,9‰ chez les hommes).

Parmi la totalité des 3289 personnes atteintes d'un cancer, 1933 cancers invasifs ont été détectés dont 42% étaient de stade I (stade le plus précoce avec un très bon pronostic), 24% de stade II, 24% de stade III et 10% étaient des cancers métastasés [5].

Au cours des années 2007-2008, une nouvelle évaluation du programme de dépistage a été réalisée (résultats à partir des données agrégées transmises par les 18 départements ayant débuté le programme).

Le taux de participation variait de 24,1% à 54,2% selon les départements. Seuls les départements de la Côte-d'Or et de Saône-et-Loire avaient un taux de participation supérieur au taux recommandé de 50%, respectivement 54,2% et 53,7%. Sept départements avaient des taux compris entre 40 et 50%, 5 entre 30 et 40% et 4 départements avaient des taux inférieurs à 30%.

Par rapport aux résultats de la première campagne portant sur 22 départements, la participation au programme pour les années 2007-2008 était globalement en baisse avec un taux moyen de 37%. Seulement 5 départements sur 18 présentaient des taux en augmentation (Côte-d'Or, Isère, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales, Saône-et-Loire).

La baisse constatée doit être analysée au regard du contexte : ce n'était encore que des résultats partiels et ces premiers résultats de l'évaluation 2007-2008 portaient sur une période antérieure à la généralisation du programme de dépistage organisé sur l'ensemble des départements et à la diffusion de la campagne nationale d'information de l'INCa (Institut National du Cancer).

La perspective d'une meilleure information de la population-cible devrait conduire à une augmentation des taux de participation [2].

Facteurs d'échec et de réussite

Le taux de participation est un facteur déterminant de l'efficacité du dépistage de masse. Le dépistage du cancer colorectal par le test au Gaïac devrait permettre de diminuer la mortalité

de 30% dans la population cible. Nous ne sommes à ce jour qu'à 16 à 18% de réduction de la mortalité.

De nombreuses études se sont intéressées à l'étude des freins à la réalisation du dépistage. L'étude FADO était une étude par auto questionnaire réalisée entre décembre 2006 et 2007 par l'InVS dans 6 départements pilotes. Parmi les 10 000 personnes interrogées n'ayant pas réalisé de dépistage, 1400 avaient répondu au questionnaire. Les raisons de non participation invoquées étaient les suivantes : la personne déclarait avoir d'autres problèmes à ce moment là (36%), elle n'était pas convaincue (26%), ne se sentait pas concernée (14)%), avait peur des résultats (9%), les explications reçues n'étaient pas claires (4%). Toutefois, nous notons que le taux de réponse aux questionnaires n'était que de 14% [10].

Les autres études sur les freins liés à la perception du cancer colorectal nous montrent que c'est un cancer perçu comme étant fatal, répandu, insidieux qui peut rapidement s'étendre à d'autres organes. Les traitements sont également source d'angoisse, méconnus et paraissant comme mutilants [5 ; 9].

Du côté des médecins généralistes, d'après l'enquête EDIFICE 2, la recommandation systématique d'un test de dépistage a certes augmenté mais ils ne sont encore que 20% à déclarer proposer le test de façon systématique à leurs patients [11].

Rôle du médecin traitant

Comme le rappelle le plan cancer 2009 - 2013, un des facteurs majeurs permettant d'atteindre un taux de participation suffisant est l'implication des médecins traitants. Le médecin traitant a un rôle central puisqu'il évalue la conduite à tenir en fonction du niveau de risque, remet et explique le test et sa finalité au patient, lui explique les résultats et l'accompagne en cas de

résultat positif. Il est également en première ligne dans la gestion des faux positifs et faux négatifs du dépistage. On a pu mesurer lors des expériences pilotes que le taux de participation à la campagne était multiplié par trois quand le médecin remettait le test à son patient [12].

La généralisation du dépistage a offert l'opportunité d'une campagne d'envergure nationale pour inciter à la participation au dépistage.

En Europe, les services publics de santé ont organisé de larges campagnes de communication (radio, télé, ..). Aux Etats Unis, le dispositif repose plus sur l'intervention des médecins généralistes qui adhèrent très largement au programme. Effectivement, il existe aux Etats Unis une véritable *« culture de la prévention »* relayée par les *« General Practitioners »*. Pour combler ce retard en Europe, des recommandations de bonnes pratiques (Guidelines) en termes de dépistage du cancer colorectal ont été publiées récemment à l'attention des médecins généralistes [8].

Des séminaires nationaux organisés par la DGS et la SNFGE (Société Nationale Française de Gastroentérologie), puis par L'INCa, ont permis la formation de plus de 450 médecins qui participent aux structures de gestion. Ces médecins généralistes et gastro-entérologues ont été chargés à leur tour de la formation des acteurs locaux du dépistage. Des outils ont été développés ou actualisés par l'INCa en collaboration avec l'INPES (institut national pour l'éducation à la santé), la SNFGE et la SFDE (Société Française d'Endoscopie Digestive) pour aider à la réalisation de formations, étapes préalables indispensables à la mise en place du dispositif garantissant sa qualité, sa pérennité et la meilleure adhésion des médecins impliqués. Cette formation des médecins traitants est un élément fondamental pour la réussite du dépistage et le développement d'une médecine préventive.

Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises le médecin traitant a un rôle clé dans l'organisation du dépistage. Il nous a donc paru pertinent de nous intéresser à ce moment crucial qu'est la consultation de délivrance du test.

Cette consultation représente le moment où le médecin remet le test, explique au patient la démarche à suivre et les conséquences du résultat, répond à ses interrogations ainsi qu'à ses angoisses.

Afin d'améliorer la formation des médecins et de mieux comprendre les attentes des patients, nous avons décidé de mettre en place une étude qualitative fondé sur l'enregistrement de consultation entre le patient et son médecin dans les conditions réelles d'exercice.

A l'issue de cette analyse, nous avons tenté de proposer, dans ses grandes lignes, une consultation « type » tenant compte de nos observations et propre à faciliter l'information et la communication. Celle ci pourrait être utilisée dans le cadre de formations professionnelles.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Une étude qualitative

Cette étude qualitative nous permet par le moyen de l'enregistrement de nous immiscer dans le cadre privé de la relation médecin malade afin de mieux cerner les enjeux d'une consultation primordiale pour la réussite du dépistage de masse.

C'est pourquoi nous avons demandé à un échantillon ciblé de médecin d'enregistrer les consultations dédiées à la délivrance du test hémoccult sans modifier leur pratique quotidienne.

2.2 Enregistrements

Le protocole de l'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique CPP – Ile de France Paris XI, réuni en séance du 15 juin 2010, étude intitulée *« hémobstacle enregistrements médecins ».*

Le comité confirme qu'il s'agit bien d'une recherche non interventionnelle, ne relevant pas de la loi Huriet modifiée. Il considère que cette étude sera conduite dans le respect des bonnes pratiques cliniques et de la réglementation française. Elle est conforme aux recommandations éthiques internationales **(Annexe I).**

Chaque consultation a été enregistrée à l'aide d'un dictaphone puis retranscrite intégralement par écrit par un médecin membre de l'équipe de recherche.

Préalablement à chaque enregistrement, le médecin a demandé à son patient de signer un document permettant d'obtenir son consentement libre et éclairé. Il a mentionné le caractère anonyme de l'enregistrement et a garanti son utilisation à des fins de recherche.

Chaque médecin a dû enregistrer au minimum 4 consultations successives dédiées à la délivrance du test entre les dates du 15 mars 2010 au 15 octobre 2010 inclus. Les autres médecins seront exclus. Les explications sur la non réalisation du minimum d'enregistrement requis seront détaillées dans la partie résultat.

L'enregistrement de quatre consultations successives nous permet d'atteindre un niveau de *«saturation des données ».* Pour expliquer cette notion, il faut comprendre qu'à chaque consultation le médecin ne répète pas exactement le même discours, qu'il n'interagit pas de la même façon avec les différents patients. Ainsi, en enregistrant plusieurs consultations successives, nous arrivons à un seuil où les informations que nous listons pendant la consultation ne sont plus des informations nouvelles mais sont des informations déjà relevées par nos soins. Si nous avions continué d'enregistrer le médecin sur d'autres consultations, nous n'aurions quasiment pas relevé de nouvelles informations. Ce niveau de saturation nous permet de présenter des résultats qui reflètent globalement la pratique du médecin.

Il faut également préciser que le premier enregistrement était une expérience nouvelle pour le médecin et pouvait le perturber dans sa relation médecin patient.

Les critères d'inclusion d'un médecin reposeront exclusivement sur l'enregistrement de 4 à 5 consultations successives dans la période de temps impartie à notre étude, du 1/07/2010 au 1/11/2010. Le seul critère de sélection des patients sera qu'ils acceptent de participer à l'étude en signant le document de consentement libre éclairé délivré par leur médecin.

2.3 **Echantillonnage : il s'agit d'un échantillonnage ciblé ou orienté**

Les consultations ont été enregistrées par des médecins généralistes sélectionnés préalablement.

Notre objectif a été d'obtenir un échantillonnage de médecin reflétant des pratiques aussi diverses que possible. Cet échantillon dit ciblé ne se veut pas représentatif au sens statistique du terme. Dans le cadre qualitatif de notre travail, il s'agit plutôt d'observer des pratiques différentes.

Nous avons ainsi défini deux grandes catégories pouvant influencer les pratiques des professionnels.

La première correspondant aux critères personnels du médecin (âge, sexe, formation, pratique quotidienne) et la seconde regroupant l'état d'avancement du programme de dépistage dans le département considéré (ancienneté de la participation au dépistage, formations organisées dans le département, relance de la population cible, taux de participation).

A partir de ces différents critères, nous avons constitué un échantillon de 15 médecins volontaires choisis parmi les médecins adhérents à un réseau francophone de recherche qualitative (GROUM.F) et parmi les connaissances des membres de l'équipe de recherche.

Nous avons demandé à chaque médecin de remplir une fiche d'identification représentant sa pratique quotidienne et son positionnement par rapport au test hémoccult et à la campagne de dépistage.

2.4 Analyse des données

Après leur transcription, les entretiens ont été codés à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative N' vivo 8 Software par un médecin expérimenté en recherche qualitative et son assistant.

Au cours d'un processus de comparaison permanent, un ensemble de codes a émergé. Les items ont été regroupés dans quatre grandes catégories prédéfinies par l'équipe de recherche : données patient, données médecin, données test hémoccult, données sur la coloscopie.

A partir de ces différents items, nous avons choisi d'étudier les consultations de chaque médecin en analysant tour à tour le contenu informationnel et l'analyse du discours et de la communication du médecin. Le travail sur les fonctions du langage de Jakobson nous a aidé dans l'analyse du discours et de la communication [13].

2.5 Recherche bibliographique

Nous avons recherché des revues pertinentes traitant de la pratique en médecine générale et en gastro-entérologie ainsi que sur l'organisation des soins et des politiques de santé publique sur les bases documentaires de la BIUM (Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine). Nous avons recoupé ces informations avec une recherche approfondie sur les sites de MEDLINE et EMBASE sur les périodes de 2000 à 2010. Les mots clés utilisés pour nos recherches ont été les suivants (« Screening ») OR (« Mass Screening ») OR (« Cancer screening ») OR (« Cancer ») AND (« Colorectal »).

Des études contributives publiées avant cette période ont été également incluses.

3. RESULTATS

3.1 Description de l'échantillon

3.1.1 Les médecins

Notre échantillon de médecin comprenait 15 médecins, 6 femmes et 9 hommes dont les âges sont compris entre 29 ans et 58 ans.

Sur ces 15 médecins sélectionnés, 4 ont renoncé du fait de difficultés techniques. Ces derniers ne disposaient pas du matériel nécessaire à l'enregistrement. Un des médecins nous a confié ne plus vouloir participer car il ne consacrait que très peu de temps à la consultation de délivrance du test jugeant que ce n'était qu'une formalité administrative. Un des médecins a renoncé sans nous donner de raison particulière.

Nous avons donc conservé un échantillon de 9 médecins volontaires. Parmi ces 9 médecins, 5 seulement ont réalisé au moins 4 enregistrements dans les délais prévus par notre étude. Les quatre médecins restants en ont donc été exclus.

Parmi cet échantillon final de 5 médecins, nous avons 3 femmes et 2 hommes de 29 à 58 ans. Trois médecins travaillent en milieu urbain, à Nice et Paris. Un médecin travaille en banlieue parisienne à Soisy-sous-Montmorency dans le Val d'Oise, et un médecin travaille en milieu semi rural à Louvres. Un des médecins travaille seul, tandis que les autres travaillent en cabinet de groupe. Parmi eux 4 médecins se sont installés entre 1985 et 2009 et un médecin est remplaçant. Un des médecins était un ancien formateur, 3 autres ont déjà suivi une formation et un dernier n'en avait jamais suivi. Les premières prescriptions du test ont été faites entre 2005 et 2008. Tous les médecins délivrent le test de dépistage à la demande du patient. Le médecin N. précise également à ses patients qu'ils vont recevoir un document de

l'assurance maladie et le médecin C. leur donne un numéro vert pour le dépistage. Seul le médecin C. essaie d'organiser son emploi du temps pour dédier des plages de consultation à la délivrance du test. Tous ces médecins participent à d'autres actes de dépistages ou de prévention : dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein, de la prostate, sevrage tabagique ou alcoolique. Un seul des médecins ne participe pas au dépistage du cancer de la prostate. Aucun médecin n'a réalisé personnellement le test. Les caractéristiques des médecins sont regroupées dans l' **ANNEXE II**

3.1.2 Les patients

Les 5 médecins atteignant l'objectif minimum de 4 enregistrements ont collecté au total 22 enregistrements concernant 23 patients. Effectivement, au cours d'une consultation (17), le médecin P délivre le test hémoccult à un couple.

Les patients enregistrés avaient entre 51 et 72 ans, soit en moyenne 61,5 ans. Parmi eux, nous pouvons compter 11 femmes entre 56 et 72 ans et 12 hommes entre 51 et 71 ans. Sur ces 23 patients, 5 venaient pour faire un test hémoccult. Il s'agissait de leur 1er test hémoccult. Les 18 autres venaient pour d'autres motifs (renouvellement d'ordonnances, résultats d'examens complémentaires, pathologie aigue, vaccination...) et 5 d'entre eux avaient déjà fait un test. Sur ces 18 patients 16 ont présenté au médecin leur invitation au dépistage.

Les médecins pensaient que 19 patients allaient faire le test. Ils émettaient des doutes quant à la réalisation du test pour 3 patients et pensaient qu'1 patient ne le réaliserait pas. Nous remarquons que ces 4 patients n'avaient jamais réalisé de test hémoccult auparavant.

Les médecins notent une bonne, voir très bonne compréhension des patients dans le cadre des explications données sur le dépistage. Seul un patient présentait une mauvaise compréhension mais devrait probablement réaliser le test selon son médecin.

Les caractéristiques des patients sont détaillées dans l' **ANNEXE III**

3.2 Les enregistrements des consultations

Voir ANNEXE IV.

3.3 Résultats : Analyse du contenu informationnel et de la communication des médecins

Nos résultats sont présentés par médecin et comprennent pour chaque médecin deux parties distinctes :

A. Analyse du contenu des consultations

   L'analyse du contenu de l'ensemble des consultations nous a permis de mettre en évidence 9 grandes thématiques ayant rapport avec le dépistage du cancer colorectal. Ces 9 thématiques ont été résumées dans le tableau 3. Notre analyse a été construite autour de ces thématiques. Nous n'avons pas noté d'éléments de discussion concernant la prévention primaire.

B. Analyse du discours et communication des médecins

(*) Chaque chiffre se rapporte au numéro de la consultation correspondante (1 à 22) (ANNEXE IV).

(P) désigne une citation du patient

(M) désigne une citation du médecin

Tableau 1 - Thématiques abordées par les médecins au cours de la consultation de délivrance du test hémoccult

1	- Recherche d'un test antérieur éventuel et recherche du niveau de risque du patient
2	- Informations sur le cancer colorectal
3	- Explications techniques sur le test hémoccult
4	- Informations sur les résultats du test
5	- Informations sur la coloscopie
6	- Tester les connaissances de son patient
7	- Arguments pour convaincre le patient dans la réalisation du test
8	- Patients : réactions et interrogations
9	- Informations « approximatives » du médecin

Médecin C., femme de 51 ans, installée en cabinet de groupe à Paris

A. Analyse du contenu des consultations

1. Recherche du niveau de risque et d'un test antérieur éventuel

Le médecin se concentre sur la recherche d'un test antérieur *« vous l'avez déjà fait le test ? (2)», « en effet, vous avez déjà fait un test hémoccult en septembre 2008 (3)».* **Nous ne trouvons pas de données sur la recherche d'éligibilité et sur le niveau de risque du patient.**

2. Tester les connaissances du patient

Le médecin ne teste pas les connaissances du patient mais fait parfois appel à leur mémoire du test déjà réalisé *« donc vous allez voir, je sais que vous connaissez, vous allez voir dans cette pochette (2)».*

3. Informations sur le cancer colorectal

Nous ne trouvons pas de données épidémiologiques sur le cancer colorectal. Les informations données concernent la justification du test hémoccult *« un test…qui permet de rechercher…s'il y a des polypes au niveau de vos intestins (2)».*

4. Explications techniques du test hémoccult

Les explications techniques occupent près de la moitié de la consultation (30% à 57%).

Le médecin présente l'ensemble du matériel et le décrit consciencieusement *« vous avez trois plaquettes cartonnées qui se trouvent dans cet emballage (3)», « vous avez une enveloppe blanche déjà affranchie (4)», « vous trouvez ici dans cette pochette verte, trois plaquettes en carton (4)», « vous avez une fenêtre A et une fenêtre B (…) le réactif se présente à l'arrière de la plaquette (4)», « on va coller votre étiquette la dessus, votre étiquette avec votre code barre (3)», « un petit bâton à usage unique pour le cadre A et un autre bâton pour le cadre B (3)», « et vous avez les petits bâtons (…) pour mettre un bâton par fenêtre, donc il y a six bâtons (2)».*

Elle décrit chaque étape de la réalisation du test en s'appuyant constamment sur le mode d'emploi et cela à différents moments de la consultation *« donc vous avez sur ce mode d'emploi qui est très bien fait (3)», « je vous montre le mode d'emploi qui retrace toutes les opérations successives (4)», « ce mode d'emploi montre un système qui est assez astucieux (4)», « je vous laisse le mode d'emploi que vous lirez à tête reposée (1)».*

On observe qu'elle a même suivi les évolutions du mode d'emploi au cours du temps *« on va regarder ensemble le mode d'emploi car il est différent cette fois-ci d'il y a deux ans (3)», « un mode d'emploi qui est nouveau (2)».*

Elle demande également l'avis du patient sur ce mode d'emploi *(M) « est-ce que ça vous parait clair, est ce que le mode d'emploi vous parait bien ? », (P) « oui, oui, c'est bien, c'est clair (4)».*

Elle justifie ses explications techniques *« trois de suite, c'est important car s'il y a un polype qui saigne on a plus de chance de retrouver un saignement sur trois selles qui se suivent dans le temps (2)».*

Elle souligne les difficultés techniques du test *« alors pour que les selles ne touchent pas l'eau des toilettes (...) on vous conseille de coincer un sac poubelle sous l'abattant des toilettes (1)», « mais vous pouvez en effet faire au fond d'une cuvette sur un papier journal en dehors de vos toilettes comme vous le désirez (4)», « donc vous laissez sécher (4)», « vous le laissez à température ambiante pendant 24h, vraiment, pour qu'il y ait évaporation, pas qu'il n'y ait condensation (4)».*

Elle tente d'aider le patient à trouver la solution la plus adaptée pour lui *« comme vous le désirez (4)», « il faut que ce soit le plus simple pour vous (1)», « une chose importante c'est que le réactif se trouve derrière la plaque en carton ... donc il ne faut pas que le carton soit trop détrempé (2)».*

Elle détaille chaque étape pour être bien comprise du patient. Elle insiste sur les trois selles successives dans le temps *(M) « si vous avez une selle par jour, cela se fait en trois jours. Si vous avez trois selles en une journée, cela se fait en une seule journée (1)» (P), «c'est compris (1)».*

Ses explications sur les avantages du test se limitent à une remarque *« se fait à la maison et qui est assez simple (4)».* **Dans les autres entretiens, elle ne mentionne pas la simplicité, la gratuité ou l'efficacité du test.**

5. Informations sur les résultats du dépistage du cancer colorectal

A chaque consultation, elle précise au patient l'objectif du test *« le test hémoccult qui est un test qui recherche la présence de sang microscopique au niveau des selles (4)», « dépistage préventif de recherche de sang microscopique dans les selles qui permet de rechercher si le test est positif, si il y a des polypes au niveau de vos intestins (2)».*

Elle signale bien au patient qu'ils recevront tous les deux le résultat *« car vous allez recevoir le résultat et moi aussi (3)», « parce que vous allez recevoir le résultat de l'hémoccult et moi aussi (2)».*

Mais elle ne parle pas des conséquences d'un résultat négatif ou positif du test hormis après une question du patient dans l'entretien 4 *« le résultat est positif (…) il vous sera présenté une coloscopie (4)».*

Dans l'entretien 4, elle souligne qu'elle reste disponible pour le patient *« avec le résultat, vous me contactez si vous avez des questions à me poser vis-à-vis du résultat (4)».*

6. Informations sur la coloscopie

On ne trouve pas d'explication sur la coloscopie.

7. **Arguments pour convaincre le patient dans la réalisation du dépistage**

Elle mentionne *« un dépistage préventif (2)»*, **un test qui** *« se fait à la maison et est assez simple (4)».* **Nous ne relevons pas d'autres arguments pour convaincre le patient.**

8. **Patients : réactions et interrogations**

Les interrogations du patient sont principalement des questions d'ordre technique *« et je l'envoie à l'adresse ? (1)», « faire dans une cuvette, ce ne serait pas plus simple ? (1)», « et si j'ai deux selles successives le même jour ? (3)», « combien de temps ? (4)», « il faut les dater ? (4)».*

Une seule question se rapporte aux résultats mais elle ne porte que sur le délai de réception *« quand est ce qu'on reçoit le résultat ? (4)»,* **cette question amènera toutefois le médecin a décrire la conduite à tenir en cas de résultat positif.**

Les patients sont essentiellement dans l'approbation des propos du médecin. On retrouve dans l'entretien 3 près de quatorze répétitions d'expression montrant l'approbation du patient *« d'accord », « j'ai très bien compris, c'est très clair, vous avez été très explicite » (1), « d'accord », « bon », « oui, d'accord », « oui », « exactement », « c'est très clair » (3).*

B. Analyse du discours et éléments de communication

Les entretiens enregistrés durent de 5 à 7 minutes pendant lesquels le temps de parole du médecin est largement prédominant (supérieur à 80% de la consultation). Nous observons de longues plages de monologue ponctuées de quelques recherches de compréhension *« est ce que c'est clair ? (2)», « d'accord ?».* **Ces interrogations sont en fait des interjections utilisées pour solliciter l'approbation du patient et visant à garder le contact avec ce dernier. Elles ne permettent pas au patient de poser des questions au médecin et d'ailleurs le médecin ne laisse pas de silence après l'une d'entre elles.**

Le médecin n'est pas dans une démarche orientée patient. Elle est clairement dans une démarche orientée vers le motif de sa consultation : la délivrance du test hémoccult.

Elle oriente son discours par le prisme de la technique. C'est la *« façon de faire (3)»* **du test qui est important. Le mode d'emploi est mis en avant tout au long de la consultation** *« je vous montre le mode d'emploi qui retrace toutes les opérations successives (4)».* **Le médecin s'assure bien que le support qu'elle détaille et explique est bien compris par le patient** *« est ce que le mode d'emploi vous parait bien ? (4)».*

Le médecin reste centré sur la pratique du test même quand une patiente évoque ses conditions de vie difficiles *(P) « les toilettes (…) c'est à tout le monde ... où j'habite », (M) « ah Pardon », (P) « j'ai peur d'être gênée. Je fais dans une cuvette vide. »***,** *(M) « sinon vous faîtes avec des papiers au fond (1)».*

Devant la remarque d'une patiente *« j'ai encore un (test) devant moi…après on est trop vieux, on peut crever (1)»***, le médecin conserve la même orientation et se limite aux**

critères d'application du test *« il fallait bien mettre un âge limite donc c'est entre 50 et 74 ans (1)».*

Le médecin utilise souvent la forme impersonnelle. Elle ne prend pas à son compte le discours *« il ne faut pas que (1)», « on vous conseille (1)», « il est recommandé (1)», « donc il est conseillé (2)».*

Le médecin ne s'assure qu'à la fin des entretiens de la bonne compréhension du patient *« est-ce que c'est clair ? (1 et 2)», « est-ce que vous avez des questions à me poser ? Est-ce que c'est clair comme façon de faire ? (3)».*

Médecin D., homme de 52 ans, installé seul à Paris

A. Analyse du contenu des consultations

1. Recherche du niveau de risque et d'un test antérieur éventuel

Le médecin utilise de nombreuses questions afin de rechercher l'éligibilité des patients.

Il utilise les dossiers médicaux, *« alors je regarde si il y a besoin de le faire pour toi (6)»* **et complète le dossier avec des questions sur le niveau de risque** *« dans la famille y a-t-il des problèmes d'intestins ? (5)»* **et les antécédents de coloscopie,** *« tu as pas eu de coloscopie ? (6)»* **et enfin sur les symptômes digestifs par des questions fermées** *« tu n'as pas eu de symptômes digestifs, de douleurs, de sang dans les selles ? (6)»***.**

Nous retrouvons bien tous les items des recommandations préalables à la délivrance. Cependant dans les consultations 7 et 8, le médecin ne vérifie pas par oral l'éligibilité du patient, on suppose que le dossier médical comprend les informations nécessaires. Dans le cas de la consultation 8, la patiente ayant déjà fait un test précédemment, le médecin s'intéresse plus particulièrement à ce test antérieur et à sa compréhension.

2. Tester les connaissances du patient

Le médecin attache beaucoup d'importance aux connaissances des patients sur le dépistage. On peut retrouver à chaque début de consultation une question fermée *« vous avez déjà entendu parler du test ? (6)», « vous savez de quoi il s'agit ?(8) »*. **Il a une démarche de communication orientée vers le patient avec ce souci constant de remettre le patient au centre de la consultation et de tester ses connaissances et sa compréhension des informations** *« c'est un peu comme vous avez fait la dernière fois ? (8)».*

Il s'intéresse également à la provenance des connaissances du patient et lui demande : *«vous en avez entendu parler à la télévision ? (7)», « sur Internet ? (7)».* **Toutefois, il semble ne pas connaître les informations circulant sur certains médias :** *« je ne savais pas que ça circulait, que ça passait sur internet ! (7)».*

3. Informations sur le cancer colorectal

Le médecin informe son patient sur la fréquence et la gravité du cancer colorectal *« le cancer colorectal, ça touche beaucoup de monde en France à peu près 55 000, c'est beaucoup de gens, et 50% de mortalité (7)», « le cancer du colon, ça touche environ 55 000 personnes en France et ça en tue la moitié (6)».*

Sans décrire précisément l'histoire naturelle du cancer, il mentionne souvent la recherche de *« polype (6)»* **en tant que lésion** *« pré cancéreuse (6)».*

Il ne mentionne pas de données sur la survie du cancer en fonction du stade d'avancement de la maladie mais précise *« 50% de mortalité, ce qui est évitable si on les repère tôt (6)».*

4. **Explications techniques du test hémoccult**

Les explications techniques occupent 8% à 18% du contenu de la consultation.

En orientant la consultation à partir des connaissances du patient, le médecin interroge ceux qui ont déjà fait le test, *« vous avez trouvé le test compliqué ou difficile à faire ? (8)».*

Dans chaque consultation, le médecin décrit succinctement les différentes étapes à suivre pour réaliser le test *« Il ne faut pas que les selles touchent l'eau (6)», « vous mettez l'abattant des toilettes et vous mettez un papier journal ou un plastique (5)», « il faut prélever un petit grain de selles de riz avec le petit bâtonnet et l'étaler consciencieusement dans la fenêtre A (6)», « vous faites cela trois fois de suite (5)», « vous mettez tout ça dans la grande enveloppe (5)».*

Il ne reprend pas précisément toutes les étapes de la réalisation du test hémoccult mais rappelle aux patients la présence du mode d'emploi *« bon, il y a le mode d'emploi si vous avez un doute (8)».*

Il souligne également qu' *« il y a beaucoup de papier à remplir (5)».*

Pour le médecin, l'inconvénient technique principal réside dans le fait que les selles ne doivent pas toucher l'eau *« il faut recueillir une selle sans qu'elle touche l'eau ... c'est là ou ça devient drôle ... (6)», « que cela soit sec, c'est peut être le plus difficile (7)».*

Sinon à ses yeux, le test présente un certain nombre d'avantages dont il fait part à ses patients *« c'est très simple, ça marche très bien (6)», « se fait à domicile, quand on veut (7)», « c'est un test gratuit (6)».*

5. Informations sur les résultats du dépistage du cancer colorectal

Le médecin informe son patient qu'ils recevront tous deux les résultats *« vous allez recevoir un résultat et moi aussi qui sera soit négatif, il n'y a pas de sang dans les selles, soit positif il y a du sang dans les selles (7)»* **et l'informe également sur le délai de retour du résultat** *« dans 15 jours, 3 semaines ... (7)»*

Lorsqu'il explique les conséquences d'un résultat positif, le médecin souligne tout d'abord l'absence de problèmes dans 80% des cas *« 8 fois sur 10, il n'y a rien du tout (5 ; 6)».*

Il rassure le patient *« si il y a du sang dans les selles, pas de panique. 8 fois sur 10, c'est rien (3)», « donc la positivité du test n'est pas égale à cancer. Heureusement (7)».*

Puis il décrit les caractéristiques du test en donnant les VPP (Valeurs Prédictives Positives) *« 1 fois sur 10 il y a un vrai cancer (6)».*

Il mentionne les valeurs relatives à la découverte d'un adénome en sous estimant ces dernières (3 à 4 coloscopies sur dix découvrent un adénome) *« 1 fois sur 10, c'est une tumeur bénigne (5)», « une fois sur dix, c'est un gros polype qui saigne (6)».*

Nous ne trouvons pas d'élément sur les faux négatifs ou sur les faux positifs.

6. Informations sur la coloscopie

Le médecin informe systématiquement ses patients que le test hémoccult *« peut être positif (...) auquel cas il faut faire une coloscopie (6)»*. **Il insiste sur l'importance de cet examen et utilise une tournure de phrase directive pour rappeler les patients à leur obligation** *« donc quand le test est positif, il faut faire une coloscopie (5)».*

Le médecin tente d'engager son patient dans sa décision *« mais à partir du moment où il est positif, il faut accepter de faire une coloscopie (7)».*

Il répond à la question d'un patient et lui explique le principe de la coloscopie *« un examen sous anesthésie générale où on passe un tube dans l'intestin et on va voir ce qui se passe (7)»,* **il ajoute** *« on fait dodo, on ne sait pas (7)»* **ce qu'il se passe pendant l'examen.**

7. Arguments pour convaincre le patient dans la réalisation du dépistage

Le médecin emploie de nombreux arguments qu'il adapte en fonction des patients.

Comme nous l'avons vu précédemment, le médecin informe ses patients sur la fréquence et la gravité du cancer colorectal pour bien souligner l'intérêt du dépistage *«55 000, c'est beaucoup de gens et 50% de mortalité. Ce qui est évitable si on les repère plus tôt (7)».*

Il utilise une expérience personnelle proche pour renforcer la compréhension du patient et lui permettre de mieux se projeter dans la réalisation du test *« c'est arrivé chez moi cette année (...) chez un patient, à qui on a découvert un polype (6)», « le gros polype, c'est arrivé la semaine dernière chez un de mes patients qui avait fait ça (...) complètement au hasard (7)».*

Il insiste sur la notion de lésion précancéreuse *« un polype qui est un pré cancer. Ce n'était pas un vrai cancer (6)».*

Il souligne la simplicité du test *« c'est très simple, ça marche très bien (5)», « c'est simple (7)»,* **la gratuité** *« c'est un test qui est gratuit (5)»,* **le caractère national du dépistage** *« c'est un test qui se fait sur toute la France (5)».*

Il cherche à mettre le patient dans les meilleures conditions *« voilà, exactement, comme cela vous arrange, vous êtes à votre rythme (7)», « si vous n'avez pas le temps un jour, ce n'est pas grave (5)», « c'est pour être complètement tranquille (5)».*

8. Patients : réactions et interrogations

La répétition des prélèvements et le délai entre chaque prélèvement fait l'objet de nombreuses questions *« Trois fois vous dites ? (5)», « parce que des fois (…) quand je ne suis pas à la maison (…) (5)», « donc trois jours de suite ? (6)», « donc sur plusieurs jours différents ? (7)», « il faut les conserver longtemps les selles, imaginons que la personne est constipée et qu'elle ne peut pas y aller toute la semaine ? (7)».*

Un patient rapporte au médecin les problèmes rencontrés lors d'un test précédent et en tire les enseignements *« que cela soit sec, c'est peut être le plus difficile (8)», « j'ai du le renvoyer deux fois, le faire deux fois (…) parce que j'avais oublié de mettre une fois l'étiquette avec la date (8)»***,** *« il faut pas oublier de mettre la date (8)».*

On observe que les actes de prévention ne sont pas suffisamment reconnus par les patients mais également par les médecins *(P) « j'avoue que ce n'est pas ma préoccupation quotidienne », (M) «très bien madame, impeccable. Bon, on va s'occuper de votre santé maintenant (8)».*

Un des patients réagit longuement à l'âge de début du dépistage *« c'est tellement subjectif le rapport qu'on peut avoir avec la représentation de l'âge. On peut se projeter il y a 50 ans, on a des images enfants de ce qu'étaient les gens de 50 ans (…).* **Le médecin coupe la parole du patient** *« ce qui n'a rien à voir avec aujourd'hui, on est d'accord (7)».*

Nous retrouvons de nombreuses réponses d'approbation des patients tout au long des entretiens hormis dans l'entretien 5 *« oui (6)», « d'accord(6)», « ça me parait clair (6)», « yes (7)», « ça marche (8)».*

9. Informations « approximatives »

Le médecin mentionne à plusieurs reprises l'intervention de la sécurité sociale alors qu'il s'agit en réalité du rôle de l'organisme de gestion responsable du dépistage *«distribué par la sécurité sociale (6)», « c'est distribué gratuitement par la sécurité sociale (7) ».*

Le médecin ne souligne pas le cas des faux négatifs *« 15 jours après, on reçoit un résultat du test qui peut être négatif, ça veut dire qu'il n'y a pas de sang dans les selles, on est tranquille (…) (6)»,* **ni des symptômes d'intervalles.**

B. Analyse du discours et éléments de communication

Les consultations durent de 4 à 7 minutes. Comme nous l'avons vu précédemment, le médecin utilise une approche centrée sur le patient. Il est à l'écoute de son patient, de sa compréhension et de ses expériences.

Le médecin adapte ses propos pour s'assurer de la bonne compréhension du patient. Il n'hésite pas à reformuler certaines explications. Il choisit son vocabulaire en fonction du patient (simplification du langage, usage d'expressions populaires) *« examen sous anesthésie générale (…) on fait dodo (7)» (patient 3 H retraité de 66 ans fonction publique, alcoolo dépendant), « cancer », « vrai cancer (6)», « sale bête (6)», « sang non visible (6)» (Patient H Cadre de 52 ans).*

Il utilise l'humour pour mettre à l'aise le patient devant les difficultés techniques du test *« il s'agit de faire caca et que les selles n'aillent pas dans l'eau, c'est là que ça devient technique (7)», « recueillir une selle sans qu'elle touche l'eau (…) c'est là où ça devient drôle (6)».*

Il raconte une expérience de formation, toujours sur le ton de la plaisanterie *« quand on a formé les médecins, on a pris de la pâte à modeler qu'on a parfumé pour s'entrainer (7)».*

Il est dans le souci de rendre moins gênant le test pour le patient, d'aborder de façon accessible les explications d'un test qui touche une représentation intime.

Il libère ainsi la parole de ses patients qui adoptent parfois le même ton que lui *« tu vois ça fait longtemps que j'avais pas eu une expérience un peu scato… (6)», « je vais bien m'amuser (6)», « j'imagine les odeurs pour le facteur (7)».*

Parfois cette approche l'oblige à recentrer la consultation *« ce qui n'a rien à voir avec aujourd'hui, on est d'accord. Bon alors on revient à nos moutons : le cancer colorectal (7)».*

Pendant ses consultations de délivrance du test, le médecin est très exhaustif, ce qui peut faire réagir certains patients *(M) « Est ce que vous avez des questions ? », (P) « Moi, franchement, moi je ne suis pas expert », (M) « Que vous ne soyez pas un expert, c'est normal, personne ne vous le demande », (P) « On va voir comment ça va se dérouler (5)».*

Il sait profiter de l'apprentissage de ses patients *« je ne savais pas qu'il renvoyaient les trucs quand il n'y avait pas la date, il faut que je dise aux gens de mettre la date (8)».*

Nous observons une évolution intéressante dans la relation médecin patient au cours de la consultation 5.

Le médecin après avoir vérifié l'éligibilité du patient, lui explique comment réaliser le test, son objectif et les conséquences des résultats du test.

Mais le patient, ouvrier de 55 ans, semble inquiet, peu concerné pas les propos du médecin *« vaguement (5)», « pas que je sache (5)».* **Quand le médecin lui demande** *« est-ce que vous avez des questions ? », il réplique « moi, franchement, moi je ne suis pas expert (5)».*

La stratégie du médecin est alors de repositionner la relation avec son patient *« que vous ne soyez pas expert, c'est normal, personne ne vous le demande (5)»* **et d'utiliser la réassurance** *« c'est très simple (5)», « ça marche très bien (5)», « c'est pour être complètement tranquille (5)».*

Cette stratégie semble fonctionner et amène peu à peu le patient à parler *« on va voir comment ça va se dérouler (5)», « je vois ça (5)», « trois fois vous dites ? (5)», « ah oui … parce que des fois (…) quand je ne suis pas à la maison (…) (5)».*

De plus, dans la fiche d'identification du patient 5, le médecin D. semble confiant et note que celui-ci réalisera « certainement » le test. (Annexe III – Médecin D.)

Nous observons dans l'ensemble des entretiens un véritable échange entre le patient et son médecin. Si cet échange peut sembler chronophage, aucune des consultations n'a duré plus de 7 min. Le médecin accorde moins de place aux explications techniques (8% à 18%) mais il se rapproche de ses patients et tente de les impliquer dans la réalisation du test.

Médecin A., femme de 29 ans, remplaçante en médecine générale dans le Val d'Oise

A. Analyse du contenu des consultations

1. Recherche du niveau de risque et d'un test antérieur éventuel

Le médecin passe de 4% à 11% de son discours à rechercher l'éligibilité du patient. Son statut de remplaçant lui demande de vérifier les informations du dossier auprès du patient *(M) « qu'est ce que vous aviez fait il y a 5 ans ? », « (P) il y a 5 ans, il doit être là. Elle a tout rangé, elle a tout marqué (...). J'ai fait une coloscopie », « (M) c'était ça en 2005 (9)».*

Le médecin recherche le niveau de risque en interrogeant le patient sur ses antécédents familiaux *« dans la famille, il n'y a pas d'antécédents de maladie du cancer du colon ? (13)»* **et sur ses antécédents personnels** *« avez vous déjà fait une coloscopie ? (10)».*

Par contre, le médecin ne recherche pas la présence de symptômes (changement de transit, douleur, perte de poids, sang dans les selles).

La recherche d'antériorité d'un test hémoccult est présente à chaque consultation avec le souci de rebondir sur les connaissances du patient *« donc vous savez en quoi ça consiste ? (11)».*

2. Tester les Connaissances du patient

Au cours des entretiens, on observe une évolution dans la recherche des connaissances du patient.

Au premier enregistrement, aucune question n'est posée au patient qui n'a jamais fait le test.

Au deuxième enregistrement (10), après avoir vérifié son éligibilité, elle lui demande *«alors, est ce que vous savez en quoi consiste le test de dépistage du cancer du colon ? (10)»* **mais n'obtient qu'une brève réponse** *(P) « non »***,** *(M) « non. D'accord ».*

Au troisième enregistrement (11), la question fait appel à l'expérience de la femme du patient *« elle a fait le test, donc vous savez un petit peu en quoi ça consiste ou pas ? (11)».* **La question fermée trouve une réponse** *« oui, tout à fait (11)»* **avec une orientation vers le côté technique de l'examen** *« j'ai vu comment elle faisait, donc (...) (11)».*

Aux quatrième et cinquième enregistrements (12 et 13), à différents moments de la consultation, nous relevons de nombreuses questions fermées *« bien, donc vous savez en quoi ça consiste ? (13)», « et vous savez pourquoi on va vous faire ça ? (12)»*, **avec une mise en situation** *« imaginons que le test est positif, vous savez à quoi ça amène ou pas ? (12)»* **mais également des questions ouvertes** *« qu'est ce que vous en pensez vous de ce test ? (12)».* **Les réponses sont plus contributives lors de ses deux derniers entretiens** *« c'était pour savoir si il y a des traces de polypes (…) ou d'autres choses (12)», « bien si c'est positif il faut faire certainement une coloscopie (13)».*

Dans ce dernier entretien, le médecin interroge également le patient sur sa source d'information *(M) « vous en avez déjà entendu parler ou pas ? (13)», (P) « oui, à la*

télévision (13)». **Le médecin ne semblait pas savoir qu'il existait une campagne d'information télévisuelle** *(M) « il y avait un spot à la télévision ? (13)».*

3. Informations sur le cancer colorectal

Le médecin ne donne pas d'information sur l'épidémiologie du cancer colorectal. La notion de *« cancer du colon »* **se retrouve exclusivement à travers la présentation du test hémoccult** *« de dépistage du cancer du colon (9)»*

Elle ne précise pas l'histoire naturelle du cancer mais insiste sur le fait que *« cela ne veut pas dire forcément que c'est un cancer (11)».*

4. Explications techniques du test hémoccult

Les explications sur la réalisation du test hémoccult occupent de 30% à 57% de la consultation.

Le médecin décrit une à une les différentes étapes *« la première selle, il va falloir que vous mettiez un peu de selle de l'équivalent d'un grain de riz sur le petit carré A (9)», « avec un deuxième bâtonnet (9)», « vous conservez votre petite plaquette en air libre, donc pas au frigo, ni au soleil (10)», « les selles doivent être recueillies dans un récipient propre et sec (12)»,*

«entre le premier prélèvement et le dernier prélèvement, il ne faut pas qu'il y ait plus de 9 jours (12)».

Elle montre au patient les différents éléments *« je vais vous montrer comment ça se présente (…) donc là vous avez trois plaquettes comme ceci et là vous avez encore des petits bâtonnets (9)».*

Elle s'assure qu'il ne rencontrera pas de difficultés techniques, notamment quant au délai de réalisation du test *« donc vous avez un transit plutôt régulier ? (9)», « si vous êtes un peu constipé (…) pas de souci (12)».*

Le médecin ponctue son intervention par des questions pour s'assurer de la compréhension du patient *« sur le petit carré B, d'accord ? (9)», « pas plus de 9 jours, d'accord ? (12)».*

Elle insiste sur le respect des délais *« ne s'écoule pas plus de 9 jours (9)», « il ne faut pas qu'il n'y ait plus de 9 jours (10)», Il doit s'écouler maximum 9 jours (11)».*

Elle utilise à chaque consultation le support du mode d'emploi *« regardez (9)», « là vous avez une petite explication (10)», « vous avez une feuille explicative (11)», « vous avez un schéma explicatif (12)»* **et rappelle ainsi au patient que** *« si vous avez des trous de mémoires, tout est expliqué (10)», « c'est le texte explicatif, ce que je viens de vous expliquer (9)».*

5. Informations sur les résultats du dépistage du cancer colorectal

Le médecin informe le patient sur les suites d'un résultat positif *« alors il faut savoir que si vous avez un résultat positif, c'est pas forcément quelque chose de grave (10)».*

Le médecin insiste sur le fait qu'un test positif n'est pas synonyme de cancer colorectal pour le patient *« alors l'existence de sang dans les selles c'est pas forcément un signe de dépistage de cancer du colon (9)», « ça veut pas dire forcément que c'est un cancer derrière (11)», « c'est parfois le signe d'un cancer(…) mais dans la majorité des cas ce n'est pas le cas (13)».*

Elle utilise parfois une interrogation pour parler avec le patient d'un résultat positif *« si le test est positif, vous savez où cela vous amène ou pas ? (12)».*

Nous ne relevons pas d'explications portant sur les faux négatifs ou les faux positifs.

6. Informations sur la coloscopie

Le médecin cite à chaque consultation l'indication de la coloscopie en cas de test positif *«il faudra quand même faire une coloscopie (10)», « alors il y a souvent quelques petites lésions qui peuvent saigner mais ça amène en général à la coloscopie (11)», « bien si c'est positif il faut faire certainement une coloscopie (12)», « si on trouve du sang dans les selles, il faudra allez voir ce qui se passe et donc là on sera obligé de faire une coloscopie (13)».*

Cependant, on ne retrouve des explications sur la coloscopie que dans l'entretien 5 *« une coloscopie, c'est passer une petite caméra, allez voir à l'intérieur des intestins (13)».*

7. Arguments pour convaincre le patient dans la réalisation du dépistage

Le médecin ne cherche pas à convaincre son patient mais plutôt à s'assurer que techniquement celui-ci ne rencontrera pas de difficultés *(M) « donc vous allez en général tous les jours, tous les deux jours ? », (P) « oui, à peu près »***,** *(M) « donc c'est bon, il n'y aura pas de soucis (9)».*

Le médecin ne parle pas de gratuité du test mais mentionne une enveloppe *« déjà timbrée (13)», « d'éco pli déjà affranchie (12)».*

Comme nous l'avons vu précédemment, elle souhaite que son patient sache qu'un test positif n'est *« pas forcément un cancer (13)».* **Cependant, elle n'utilise pas d'argument en faveur de l'exérèse de lésion précancéreuse ou de l'intérêt de dépister une lésion cancéreuse précoce en terme de survie.**

Le médecin cite le PSVO pour impliquer le patient dans le dépistage *« c'est la prévention santé en Val d'Oise qui va vous envoyer une lettre comme quoi vous faites partie du dépistage (10)».*

8. Patients : réactions et interrogations

Les interrogations des patients sont d'ordre technique ou logistique *« et les étiquettes que j'ai là ? (9)», « donc ça je le mets au frais ? (9)», « il faut que j'attende la lettre (...) ? (10)»,*

« les étiquettes ? (11)», « ah, il y a un deuxième bâtonnet ? (12)», « pas au frigidaire ? (12)», « le même jour ? Dans la même selle ? (13)».

A la fin des explications du médecin *« vous avez des questions ? (13)»***, le patient a besoin de repères et demande à son médecin s'il a bien compris le test en utilisant un exemple** *«donc si je fais ça les vendredi, samedi et dimanche », « par exemple, je peux poster le lundi (13)».*

Le patient suit attentivement les explications du médecin et retrouve leurs détails dans le mode d'emploi *(P) « oui, tout est marqué là (9)».*

Nous relèvons dans l'entretien 13 la représentation que peut se faire dans notre société un *«homme de plus de 50 ans »* **sur sa santé** *« à partir de 50 ans (…) on peut éviter certains cancers », « comme j'ai 50 ans la roue tourne (13)».*

9. Informations « approximatives »

La notion de prélèvement sur trois selles successives n'est pas forcément claire pour le patient et pour le médecin *« je fais ça les vendredi, samedi, dimanche (…). Si je vais trois fois à la selles le dimanche » (P), « oui (…) » (M), « il faut que je regarde (lit rapidement la notice) (…) ah non sur trois jours différents (13)».*

B. Analyse du discours et éléments de communication

Les entretiens durent entre 3 minutes et 7 minutes.

Le médecin utilise peu le vocabulaire attribué au cancer ou à une lésion précancéreuse sans doute par crainte de faire peur aux patients *« c'est possiblement (...)» (M), « autre chose ! » (P)***,** *« oui, ce sera autre chose mais pour savoir que ce sera autre chose (...) (10)» (M), « voir si il n'y a pas quelque chose (...) une petite (...) voilà (12)».*

Cet évitement se retrouve dans la structure de ses phrases, le médecin utilise un vocabulaire volontairement vague *« pas forcément (1 et 10)», « c'est possiblement (...) (10)», « cela ne veut pas dire forcément que c'est un cancer derrière (11)».*

On remarque une différence entre les premiers et les derniers entretiens. Elle adopte une orientation de plus en plus centrée sur le patient.

Dans le premier entretien, le médecin semble perdu entre le dossier et les papiers à remplir, nous notons beaucoup d'hésitation et de phrases non terminées *« d'accord, d'accord (...) d'accord (long silence) (9)», « c'est pas forcément (...) (9)», « donc c'est à dire que vous faites (...) je vais vous montrer (9)», « donc vous avez pas besoin (...) et donc vous recevrez ... du Val d'Oise (9)».*

Dans les entretiens suivants, les propos du médecin sont plus structurés et précis, nous retrouvons également moins de silences.

Le médecin réutilise la question sur la conservation des tests du premier patient (9) pour ses autres entretiens et devance d'éventuelles incompréhensions *« donc ça je le mets au*

frais ? (9)», « vous conservez votre petite plaquette à l'air libre, donc pas au frigo, ni au soleil (10)».

Dans les derniers enregistrements du médecin A. (12 et 13), nous observons un plus grand nombre de question du médecin pour tester les connaissances de son patient et pour rechercher sa compréhension.

Le médecin met la patiente 12 en situation de résultat positif et utilise les connaissances de sa patiente pour obtenir son adhésion au projet *« si c'est positif, imaginons que le test hémoccult est positif, vous savez à quoi ça amène ou pas ? », « bien si c'est positif il faut faire certainement une coloscopie » (P).* **Puis elle utilise l'expérience d'un proche :** *« oui, tout à fait, pour aller chercher comme votre époux (12)»***.**

Médecin P., homme de 58 ans, installé en cabinet de groupe à Nice, ancien formateur dans le cadre du dépistage cancer colorectal

A. Analyse du contenu des consultations

1. Recherche du niveau de risque et d'un test antérieur éventuel

Le médecin passe peu de temps sur le niveau de risque des patients dont il semble connaître le dossier médical pour certains *« donc on va recommencer puisque votre père a eu ce problème … à soixante quinze ans, ce qui ne justifie pas de faire une coloscopie (14)».*

Nous retrouvons l'interrogatoire sur le niveau de risque surtout dans l'entretien 16 *« vous n'avez jamais eu d'exploration au niveau des intestins ? », « dans la famille, il n'y a rien de particulier à ce niveau là ? », « il n'y a pas de cancer ? (16)».*

Le médecin commence régulièrement ses consultations en se référant à l'invitation *« ça fait longtemps que vous avez reçu cette lettre ? (15)», « Donc vous avez tout reçu ? (17)».*

Il recherche systématiquement l'antériorité d'un test « *bon c'est la première fois que vous faites le test ? (16)».*

2. Tester les connaissances du patient

Le médecin s'intéresse particulièrement à l'expérience d'un test antérieur *« vous vous souvenez, il y a trois tests à faire », « vous avez eu des bâtons ronds ? (14)».*

3. Informations sur le cancer colorectal

Le médecin ne décrit pas l'épidémiologie du cancer colorectal et l'importante incidence de ce dernier.

Il met en avant l'histoire naturelle du cancer pour justifier l'intérêt du dépistage *« et on recherche des polypes qui peuvent devenir cancéreux dans dix ans (16)».*

4. Explications techniques du test hémoccult

Pour bien illustrer ses propos, le médecin fait une démonstration à l'aide de crème ou de vaseline *« dessus, on peut faire une démonstration avec une crème (14)», « va falloir prendre un peu de vaseline pour faire la démonstration (15)».*

Il montre ainsi les difficultés techniques et peut justifier les explications qu'il donne *« pour faire la démonstration avec votre petite pointe après avoir prélevé les selles dans un endroit sec parce que le test ne supporte pas l'humidité (15)», « il ne faut pas déborder parce que si vous en mettez trop, cela va faire ça et ce n'est pas lisible (16)»***,** *« si j'en avais mis plus, ça aurait débordé et le test ne serait pas bon, donc vraiment un tout petit peu, comme une petite lentille (17)».*

Effectivement, il ne se limite pas à décrire les différentes étapes mais justifie constamment ses propos *« le test n'aime pas l'eau (...) donc il faut pas prélever les selles au fond de la cuvette (14)», « un endroit sec parce que le test ne supporte pas l'humidité (15)», « c'est de mettre la date … Comme ça quand il reçoivent le test, ils savent que c'est pas périmé (17)», « si vous mettez déjà un morceau comme ça, ça va déborder, hors le test est lu à la périphérie pour voir si il y a du bleu ou non, donc il faut vraiment un tout petit peu (14)», « vous mettez les tests au dernier moment parce que le plastique fait macérer (16)», « voilà, c'est juste pour que le facteur ne touche pas votre caca (14)».*

Il ajoute également des repères pour le patient *« quand vous avez fait les trois, il n'y a plus rien dans le sachet plastique (17)», « ça peut être trois selles d'affilée lundi, mardi, mercredi (15)», « ou ça peut être lundi, mercredi, vendredi (15)», « un matin par exemple (16)».*

Les inconvénients du test sont utilisés comme des éléments de motivation *« il faut seulement que les trois jours, ça ne dépasse pas 15 jours parce que ça fait trop (...) c'est périmé (17)».*

Pour ceux qui ont déjà réalisé le test, il compare les éléments antérieurs à ceux d'aujourd'hui *« avec le petit bâton, avant il y avait des bâtons arrondis, maintenant ils ont fait des bâtons pointus pour qu'on n'en prenne un peu moins (17)».*

Le mode d'emploi n'est pas mis en valeur au cours de la consultation mais il le mentionne en tant que *« pense bête (17)»* **ou** *« un petit papier pour se souvenir (16)».*

En montrant les différents documents envoyés au patient, il semble trouver que ces derniers sont trop nombreux et que certains sont inutiles *« donc on va faire le tri, ça c'est de la pub donc on va la jeter sinon on n'a pas fini (17)», « celui là j'ai enlevé parce qu'il sert à rien (16)», « ça c'est le papier pour le laboratoire, ça sert à rien donc on le jette parce qu'en France, il y a beaucoup de papiers inutiles (16)».*

Le médecin trouve la présence des nouveaux sacs distribués pour collecter les selles inutiles *« dans les nouveaux tests, ils mettent ça maintenant (14)», « Oui, c'est n'importe quoi (14)».*

Et il justifie ses propos *« vu la quantité qu'il faut parfois et ce qu'il y a sur le papier où on s'essuie, ça suffit (14)».*

La recherche du médecin est de simplifier au maximum la procédure pour le patient *« le seul travail que vous ayez à faire (17)», « voilà on a collé les étiquettes, le plus gros du travail (17)», « où on s'essuie ça suffit (14)».*

5. Informations sur les résultats du test du dépistage du cancer colorectal

Le médecin met en avant le fait qu'il est *« assez rare » (16)* **que le test soit positif** *« ça se passe une fois sur cinquante (16)».*

De plus, le résultat positif est pour lui l'occasion de rappeler que *« 8 fois sur 10 ça va être un polype (17)».*

Le médecin inscrit le patient dans une démarche de prévention en soulignant l'importance de la répétition du test *« c'est la répétition des tests qui est intéressante (16)».*

Il évoque le cas des faux négatifs avec ses patients pour souligner l'importance de cette répétition du test *« l'intérêt du test, il n'est pas très sensible, peut être qu'il y a du sang, un petit peu mais qu'on ne le voit pas parce qu'on est parti à côté », « mais quand on le répète (…) on va finir pas trouver (…) (16)».*

Cependant il ne mentionne pas les symptômes qui peuvent amener à faire un test entre les deux années.

6. Informations sur la coloscopie

Il mentionne l'indication de la coloscopie en cas de test positif mais ne délivre pas d'information sur le déroulement de celle-ci *« il faut faire une coloscopie pour vérifier pourquoi il y a du sang (16)», « sang dans les selles et s'il y en a, à ce moment là, ça nous dit qu'il faut faire une coloscopie pour aller vérifier (17)».*

Par ailleurs, les patients ne lui posent aucune question concernant la coloscopie.

7. Arguments pour convaincre le patient dans la réalisation du dépistage

Pour convaincre le patient, le médecin insiste sur le dépistage d'une lésion précancéreuse *« c'est pas encore un cancer (17)», « on recherche des polypes qui peuvent devenir cancéreux dans dix ans (17)».*

Pour bien expliquer au patient le principe du test, il utilise la comparaison à d'autres dépistages. En comparant le test hémoccult à la mammographie de dépistage, il met mieux en évidence la différence entre le dépistage d'une lésion précancéreuse, un polype, versus le dépistage d'un cancer à un stade précoce

« quand vous faites un dépistage, la mammographie par exemple ... quand on trouve quelque chose, on trouve un cancer… Alors que là quand on trouve quelque chose, quand il y a du sang et bien 8 fois sur 10, ça va être un polype, ce n'est pas encore un cancer… Donc ça se traite facilement (17)».

Par ailleurs, il met en avant la gratuité du test *« vous n'avez rien à payer (16)».*

8. Patients : réactions et interrogations

Dans l'ensemble des enregistrements, nous constatons que le patient se trouve plus dans l'approbation que dans l'interrogation et l'incompréhension *« oui », « d'accord », « bien », « super »* **sont les mots retrouvés tout au long de la discussion.**

Un des patients affirme *« autant le faire, ça coûte pas grand-chose et on est plus tranquille (17)».*

Les questions sur la réalisation du test concernent les délais *« c'est sur trois jours ? (14)», « on met la date ? (14)», « ça se fait sur combien de temps ? (…). Mais trois qui se suivent ? (15)», « donc c'est pas obligé que ce soit trois jours d'affilée ? (17)».*

Les nombreux exemples du médecin permettent au patient de se projeter dans la réalisation pratique du test *(M) « par exemple, si je commence vendredi, samedi, dimanche et lundi (…) j'envoie lundi et ça part (16)», « vous pouvez faire demain matin après samedi dimanche vous partez à la montagne et puis lundi ou mardi en revenant, vous faites les deux autres sans problèmes (17)», (P) « ah !!! On croyait que c'était un jour derrière l'autre (17)».*

Certains patients sont préoccupés par d'éventuels problèmes de transit *(P) « donc si on est constipé une journée, le troisième jour ? (15)», (M) « voilà si vous avez commencé un Vendredi vous ne faites pas le samedi, dimanche et puis le lundi vous refaites, il n'y a pas de soucis (2)» (P), « D'accord (15)».*

9. Informations « approximatives »

Le médecin parle régulièrement de l'intervention de la sécurité sociale en lui attribuant des fonctions qui ne sont pas les siennes *« de façon à ce que, quand ça arrive au niveau de la sécurité sociale…(15)», « les dames de la sécurité sociale lisent le test », « et ça part à la sécurité sociale (16)».*

B. Analyse du discours et éléments de communication

La durée des consultations est de 3 à 8 minutes. Le médecin oriente ses consultations sur le mode de la réassurance. Ainsi, il met en avant les avantages du test et peu les inconvénients *« c'est tout simple (16)», « le seul travail que vous ayez à faire, c'est de mettre la date (17)», « sans problèmes, il faut seulement que les trois jours ne dépassent pas 15 jours (17)».*

Il insiste sur la découverte d'une lésion précancéreuse *« c'est pas encore un cancer (17)», « c'est ça qui est sympathique dans ce dépistage (17)», « donc en faisant un test tous les deux ans, au bout de dix ans, on est tranquille, on sait qu'il n'y a pas de problèmes (15)».*

En cas de test positif, il montre que le patient peut compter sur lui *« vous recevez le test et moi aussi (16)», « le test est positif, il faut faire quelque chose, alors vous retournez voir Docteur Papa et alors moi je sais quoi faire, je vous adresse au spécialiste (16)».*

Le médecin adapte son vocabulaire au patient *« caca (16)», « c'est le test du jour (15)», « les dames de la sécurité sociale lisent le test (16)», « que le test ne soit pas périmé (15)».*

Il utilise des tournures de phrases et un vocabulaire positif *« c'est ça qui est sympathique dans ce dépistage (17)», « on est tranquille, on sait qu'il n'y a pas de problème (16)», « c'est bon (16)», « c'est un bon test (17)», « il y a toutes les chances que ce soit négatif (17)», « ça se traite facilement (17)».* **Parfois le fait de positiver son discours tranche avec le thème abordé** *« dans le cancer du sein ... bien quand on trouve quelque chose, on trouve un cancer », « c'est le bonheur, c'est bien, mais ça reste quand même un cancer (17)».*

En tout cas cet exemple nous montre l'attachement du médecin à encourager son patient dans la réalisation du test et la mise en place d'une véritable stratégie de communication.

Médecin N., femme de 32 ans, collaboratrice dans un cabinet de groupe dans le Val d'Oise, exercice semi rural

A. Analyse du contenu des consultations

1. Recherche du niveau de risque et d'un test antérieur éventuel

La démarche du médecin est orientée vers la symptomatologie du patient *« troubles du transit ? (20)», « aucun symptôme ? (21)».*

A chaque début de consultation, elle s'assure que le patient n'a jamais constaté de sang dans les selles *« vous n'avez jamais constaté de sang dans les selles, vous, jusqu'à présent ? (18)», « vous-même, vous avez déjà eu du sang dans les selles ? (18)», « il n'y a jamais eu de sang ? (20)».* **Cette question amène souvent à une discussion sur des antécédents d'hémorroïdes.**

Mais le médecin en profite pour rappeler au patient que la présence de sang ou d'autres symptômes devront amener à consulter et que le test n'est qu'une recherche complémentaire *« si vous me dites aujourd'hui : j'ai du sang dans les selles, moi qu'est ce que je fais, je vous envoie directement chez le gastroentérologue (21)», « si les manifestations locales persistent dans ce cas là je vous enverrai chez le gastroentérologue pour au moins qu'elle regarde au niveau local s'il y a quelque chose. Il y a peut-être des hémorroïdes (20)».*

Le médecin poursuit son anamnèse par la recherche d'autres antécédents personnels *« est-ce que vous avez déjà passé une coloscopie ? (19, 20, 21 et 22)»* **et familiaux** *« avez vous des parents, des frères et sœurs qui ont déjà eu des cancers du colon ? (19)», « pas dans la famille ? (20)», « pas d'antécédent familial de cancer du colon ? (21)».*

Pour compléter la description des liens familiaux du premier degré, il manque la mention des enfants.

On remarque que le médecin mentionne les ATCD de cancer colorectal mais n'évoque pas d'antécédent d'adénome ou de coloscopie dans la famille. Même si elle ouvre une fois la question dans le dernier entretien *« est ce que dans votre famille, vos parents, vos frères et sœurs ont des antécédents digestifs ? (22)»***, elle revient immédiatement vers le cancer colorectal** *« des cancers du colon ? Rien du tout ? (22)».*

Le médecin ne recherche pas d'antériorité du test chez le patient ou un de ses proches.

2. Tester les connaissances du patient

Nous ne relevons pas de données sur la recherche de connaissance du patient. Les supports de communication ou l'expérience d'un proche ne sont pas utilisés pour évaluer les connaissances du patient.

3. Informations sur le cancer colorectal

Le médecin n'évoque pas l'épidémiologie du cancer colorectal, ni l'histoire naturelle du dépistage.

4. Explications techniques du test hémoccult

Les explications pratiques occupent 33% à 46% de la consultation. La présentation du test hémoccult suit toujours les mêmes étapes. Le médecin montre les documents et le mode d'emploi avant de reprendre chaque étape avec le patient *« donc là, vous avez une notice explicative, mais je vais vous expliquer (18)», « on voit sur le schéma (21)».*

Elle montre au patient les différents éléments *« dans cette partie là, vous allez avoir trois petits cartons (21)»* **et en précise leur utilisation** *« qui vont permettre le recueil des selles (21)».*

Les explications sont simples et méthodiques, retrouvées à chaque consultation dans le même ordre *« il y a 3 cartons sur lesquels vous allez faire le recueil de selles trois jours de suite si possible (21)», « vous mettez la date sur le recueil des selles (20)», « il faut recueillir des selles de la taille d'un grain de riz (19)», « il ne faut pas que les selles rentrent en contact avec l'eau ou les urines (19)».*

Elle aide le patient en collant les étiquettes *« je vais vous coller ce qu'il faut (3, 21) ».*

Le médecin donne parfois un exemple pour que le patient comprenne bien *« si vous avez une selle le lundi, le mercredi et le vendredi, ce n'est pas grave (21)».*

Elle l'encourage à mettre en place un *« dispositif un peu ingénieux (20)»* **pour rappeler au patient qu'** *« il ne faut pas que les selles rentrent en contact avec l'eau ou les urines (19)».*

5. Informations sur les résultats du dépistage du cancer colorectal

Le médecin insiste sur le délai de retour du résultat. Elle le mentionne dans chacun de ses entretiens *« vous recevrez les résultats d'ici environ 1 mois (18)», « il faut compter un bon mois (22)».*

Elle prévient le patient que ce dernier risque de recevoir le résultat avant le praticien *« vous recevrez les résultats avant le médecin (18)», « nous avons les résultats bien plus tard que vous (19)».*

Dans ce contexte, elle insiste pour que le patient reprenne contact avec elle *« je vous invite à reprendre contact (22)».*

Et que ce dernier n'attende pas *« je vous invite à revenir avant que je ne vous appelle (21)».*

Toutefois, elle ne développe pas les conséquences d'un résultat positif.

6. Informations sur la coloscopie

Le médecin s'attarde sur les antécédents personnels de coloscopie en demandant systématiquement au patient *« pas de coloscopie récente, jamais ? (20)».*

Elle prévient le patient qu'en cas de test positif *« certainement si c'est positif, on envoie chez le gastroentérologue pour faire des examens complémentaires (18)».*

Mais elle ne fait référence à la coloscopie en cas de test positif que dans un seul des entretiens *« si c'est positif, il faut venir. Vous savez normalement, en général…on envoie faire une coloscopie, en général (19)».*

7. Arguments pour convaincre le patient dans la réalisation du dépistage

Le médecin utilise plusieurs arguments en fonction des patients pour les convaincre de réaliser le test.

Chaque entretien débute par *« le test sert à rechercher du sang dans les selles (18, 19, 20, 21 et 22 ».* **Le médecin ajoute qu'il s'agit de** *« sang microscopique (21)».* **Elle renforce le comportement d'un patient qui lui dit** *« mais je n'ai pas trop besoin de ça »,* **en lui précisant** *« le but c'est de rechercher du sang que l'on ne voit pas ! », « si on ne le recherche pas, on va pas le savoir (21)».*

Elle utilise l'argument du *« dépistage organisé (21)».* **Elle insiste sur la facilité dans l'usage du test. Elle souligne que le patient peut le faire** *« tranquillement à la maison (21)».*

Elle rappelle que *« l'enveloppe est déjà affranchie »* **et qu'** *« il y a déjà l'adresse (22)»*, **qu'il n'y a** *« plus qu'à mettre à la poste (20)».* **Elle ne parle cependant pas de gratuité.**

Le médecin utilise la comparaison à d'autres dépistages *« un peu comme quand vous avez fait la mammographie, c'est un dépistage. Vous ne sentez rien, c'est de la prévention (21)».*

8. Patients : réactions et interrogations

Le patient montre son besoin de repères pratiques *(M) « il faut faire un prélèvement (...) un par jour pendant trois jours (19)», (P) « demain, par exemple, demain (…) mardi, mercredi, jeudi (19)».*

Nous notons peu de questions des patients *« le recueil des selles (…) comment je fais ? (21)», « à raison de combien ? (19)».*

Le médecin paraît répondre à leurs attentes *« voilà c'est ce que j'allais vous demander (20)», (M) « ça vous parait simple ? (22)», (P) « c'est plus simple qu'auparavant (22)».*

Les patients sont dans l'approbation tout au long des explications *« d'accord (18)», « bon (19)», « oui, oui (22)», « ok très bien je vais le faire (19)».*

9. Informations « approximatives »

Le médecin attribue plus au test hémoccult un rôle de dépistage diagnostique d'un cancer qu'un dépistage « préventif » de lésions précancéreuses *« le sang dans les selles (...) ce qu'on recherche c'est un cancer, c'est le plus important mais ça peut être aussi des hémorroïdes, un polype (18)».*

Elle ne parle pas de trois selles successives mais d'une selle par jour *« il fait que ce soit trois jours différents (20)», « il ne faut pas que ce soit trois selles du même jour (21)».*

Le médecin parle d'une *« petite invitation de la sécurité sociale (18)»* **mais ne parle pas de la structure de gestion (PSVO).**

En utilisant la comparaison à la mammographie, le médecin ne souligne pas la différence entre le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer colorectal. Elle ne rappelle pas ici que l'objectif principal du dépistage du cancer colorectal est de dépister une lésion précancéreuse et non un cancer débutant *« vous avez fait la mammographie, c'est un dépistage. Vous ne sentez rien, c'est de la prévention (21)».*

B. Analyse du discours et éléments de communication

Les consultations durent de 2 à 5 minutes. Le médecin se focalise sur la réalisation du test et les conditions d'éligibilité au moment t.

On peut retrouver une structure identique dans l'ensemble des entretiens : l'objectif du test *« ça permet de rechercher du sang dans les selles (18)»,* **l'éligibilité au test** *«symptômes (21)», « sang dans les selles (19)», « antécédents personnels et familiaux (21)»,* **les explications pratiques, la démarche à adopter en cas de résultat positif** *« les résultats d'ici un bon mois (19)», « je vous invite à reprendre contact (22)».*

Elle s'assure que le patient reviendra bien en cas de résultat positif mais reste évasif sur la signification d'un résultat positif *« si c'est positif il faut venir. Vous savez normalement, en général (...) on envoie faire une coloscopie, en général (19)»* **L'utilisation des adverbes** *« en général », « normalement »* **et d'un blanc pour mentionner la coloscopie souligne l'évitement du médecin. Elle ne semble pas souhaiter discuter de l'après résultat positif lors de cette consultation de délivrance.**

Elle n'inscrit pas le dépistage dans la continuité et ne parle pas de l'importance du dépistage tous les deux ans. En revanche, le médecin s'intéresse aux manifestations de symptômes intercurrents en encourageant le patient à consulter si *« des manifestations locales persistent (...) alors je vous enverrai chez le gastroentérologue (21)»*

Elle s'assure de la compréhension du patient tout au long des consultations *« d'accord ? (18, 19, 20 et 21) », « est-ce que c'est clair ? (21)».* **Chaque consultation se termine par** *« est-ce que vous avez des questions ? (20)».*

La patiente de l'entretien 21 vient avec son mari et le médecin s'assure de sa bonne compréhension en reformulant ses questions et en recentrant la consultation sur le patient *(M) « d'accord ? », (P) « d'accord », (M) « est-ce que vous avez des questions ? », (P) « des questions ? Pourquoi ? », (M) « je ne sais pas (…). Est-ce que ça vous parait clair ? », (P) « Ah…oui c'est clair » (réponse du mari de la patiente), (M) « Ah ! C'est Monsieur qui dit que c'est clair mais c'est Madame qui doit le faire (21)».*

Le médecin N. n'hésite pas à renforcer le comportement de son patient par des petites relances quand elle sent que celui-ci est peu motivé *« non ça ne va pas être compliqué (21)», « il faut faire un effort (21)».*

Tableau 2 - Tableau récapitulatif du contenu des différentes thématiques abordées par les médecins

	Médecin C.	Médecin D.	Médecin A.	Médecin P.	Médecin N.
Recherche d'un test antérieur	« vous l'avez déjà fait le test ? (2)», « en effet, vous avez déjà fait un test hémoccult en septembre 2008 (3)».	« vous disiez que c'était la deuxième fois ? (8)».	« bon c'est la première fois que vous faites le test ? (11)» (systématique).	« bon c'est la première fois que vous faites le test ? (16)».	-----
Recherche du niveau de risque	-----	« alors je regarde si il y a besoin de le faire pour toi (6)», « dans la famille y-a-t-il des problèmes d'intestins ? (5)», « tu as pas eu de coloscopie ? (6)», « tu n'as pas eu de symptômes digestifs, de douleurs, de sang dans les selles ? (6)».	« qu'est ce que vous aviez fait il y a 5 ans ? (9)», « dans la famille, il n'y a pas d'antécédents de maladie du cancer du colon ? (13)», « avez vous déjà fait une coloscopie ? (10)».	« donc on va recommencer puisque votre père a eu ce problème (…) à soixante quinze ans, ce qui ne justifie pas de faire une coloscopie (14)». « vous n'avez jamais eu d'exploration au niveau des intestins ? », « dans la famille, il n'y a rien de particulier à ce niveau là ? », « il n'y a pas de cancer ? ».	« troubles du transit ? (20)», « aucun symptôme ? (21)», « vous n'avez jamais constaté de sang dans les selles, vous, jusqu'à présent ? (18)», « est ce que vous avez déjà passé une coloscopie ? (19, 20, 21 et 22)», « avez vous des parents, des frères et sœurs qui ont déjà eu des cancers du colon ? (19)», « pas dans la famille ? (20)», « pas d'antécédent familial de cancer du colon ? (21)».
Tester les connaissances du patient sur le dépistage	« donc vous allez voir, je sais que vous connaissez, vous allez voir dans cette pochette (2)».	**+++** « vous avez déjà entendu parler du test ? (6)», « vous savez de quoi il s'agit ? », « C'est un peu comme vous avez fait la dernière fois ?(8)», « vous en avez entendu parler à la télévision ? (7)», « sur Internet ! (7)».	« alors, est ce que vous savez en quoi consiste le test de dépistage du cancer du colon ? (10)», « elle a fait le test, donc vous savez un petit peu en quoi ça consiste ou pas ? (11)», « bien, donc vous savez en quoi ça consiste ?(13)», « et vous savez pourquoi on va vous faire ça ? (12)», « imaginons que le test est positif, vous savez à quoi ça amène ou pas ? (12)», « qu'est ce que vous en pensez vous de ce test ? (12)», « c'était pour savoir si il y a des traces de polypes … ou d'autres choses (12)», « bien si c'est positif il faut faire certainement une coloscopie (13)», « vous en avez déjà entendu parler ou pas ? (13)».	« vous vous souvenez, il y a trois tests à faire », « vous avez eu des bâtons ronds ? (14)».	------

Suite Tableau 2 – Tableau récapitulatif des différentes thématiques abordées par les médecins

	Médecin C.	Médecin D.	Médecin A.	Médecin P.	Médecin N.
Informations sur le cancer colorectal	**Le médecin n'évoque pas l'épidémiologie du cancer colorectal, ni l'histoire naturelle du dépistage.**	« le cancer colorectal, ça touche beaucoup de monde en France à peu près 55 000, c'est beaucoup de gens, et 50% de mortalité (7)», « polype (6)», « pré cancéreuse (6)», « 50% de mortalité, ce qui est évitable si on les repère tôt (7)».	« cela ne veut pas dire forcément que c'est un cancer (11)»	« on recherche des polypes qui peuvent devenir cancéreux dans dix ans (16)».	**Le médecin n'évoque pas l'épidémiologie du cancer colorectal, ni l'histoire naturelle du dépistage.**
Informations sur la coloscopie	------	« donc quand le test est positif, il faut faire une coloscopie (5)», « mais à partir du moment où il est positif, il faut accepter de faire une coloscopie (7)», « un examen sous anesthésie générale où on passe un tube dans l'intestin et on va voir ce qui se passe (7)», il ajoute « on fait dodo, on ne sait pas (7)» .	« il faudra quand même faire une coloscopie (10)», « alors il y a souvent quelques petites lésions qui peuvent saigner mais ça amène en général à la coloscopie (11)», « bien si c'est positif il faut certainement faire une coloscopie (12)», « si on trouve du sang dans les selles, il faudra allez voir ce qui se passe et donc là on sera obligé de faire une coloscopie (13)», « une coloscopie, c'est passer une petite caméra, allez voir à l'intérieur des intestins ».	« il faut faire une coloscopie pour vérifier pourquoi il y a du sang (16)», « sang dans les selles et s'il y en a, à ce moment là, ça nous dit qu'il faut faire une coloscopie pour aller vérifier (17)».	« certainement si c'est positif, on envoie chez le gastroentérologue pour faire des examens complémentaires (18)», « si c'est positif, il faut venir. Vous savez normalement, en général … on envoie faire une coloscopie, en général (19)».

Tableau 3 – Arguments utilisés par le médecin pour convaincre son patient de réaliser le test de dépistage du cancer colorectal

	Médecin C.	Médecin D.	Médecin A.	Médecin P.	Médecin N.
Indication, résultats, objectifs du dépistage	**Elle mentionne** « un dépistage préventif (2)»	**Fréquence et la gravité du cancer colorectal** « 55 000, c'est beaucoup de gens et 50% de mortalité. Ce qui est évitable si on les repère plus tôt (7)», « c'est pour être complètement tranquille (5)», **la notion de lésion pré cancéreuse** « un polype qui est un pré cancer. Ce n'était pas un vrai cancer (6)».	**Un test positif n'est** « pas forcément un cancer ».	**Pour convaincre le patient, le médecin insiste sur le dépistage d'une lésion précancéreuse** « c'est pas encore un cancer (17)», « on recherche des polypes qui peuvent devenir cancéreux dans dix ans (17)».	« sang microscopique (21)», « le but c'est de rechercher du sang que l'on ne voit pas ! », « si on ne le recherche pas, on va pas le savoir (21)».
Simplicité du dépistage	« se fait à la maison et est assez simple (4)»	« c'est très simple, ça marche très bien (5)», « c'est simple (7)». **Il cherche à mettre le patient dans les meilleures conditions** « voilà, exactement, comme cela vous arrange, vous êtes à votre rythme (7)», « si vous avez pas le temps un jour, ce n'est pas grave (5)».	« (M) vous allez en général tous les jours, tous les deux jours ? », (P) « oui, à peu près », (M) « Donc c'est bon, il n'y aura pas de soucis (9)».	« c'est tout simple (16)», « le seul travail que vous avez à faire, c'est de mettre la date (17)».	« tranquillement à la maison (21)».
Gratuité		« C'est un test qui est gratuit (5)».	**Le médecin ne parle pas de gratuité du test mais mentionne une enveloppe** « déjà timbrée (13)», « d'éco pli déjà affranchie (12)» .	« A la poste gratis (17) », « l'enveloppe T et vous n'avez rien à payer (16) », « Il n'y a rien à timbrer bien sûr (15) ».	**Elle rappelle que** « l'enveloppe est déjà affranchie », « il y a déjà l'adresse (22)», « plus qu'à mettre à la poste (20)».
Dépistage Organisé		« C'est un test qui se fait sur toute la France (5)».			« dépistage organisé (21)».
Comparaison à d'autres dépistages				« quand vous faites un dépistage, la mammographie par exemple ... bien quand on trouve quelque chose, on trouve un cancer … Alors que là quand on trouve quelque chose, quand il y a du sang et bien 8 fois sur 10, ça va être un polype, ce n'est pas encore un cancer … Donc ça se traite (17)».	« un peu comme quand vous avez fait la mammographie, c'est un dépistage. Vous ne sentez rien, c'est de la prévention (21)».
Référence à un test similaire		« Le gros polype, c'est arrivé la semaine dernière chez un de mes patients qui avait fait ça… complètement au hasard (7)»			

Tableau 4 – Informations « approximatives » relevées dans le discours du médecin

	Médecin C.	Médecin D.	Médecin A.	Médecin P.	Médecin N.
Informations « approximatives »	------	**La sécurité sociale remplace l'organisme de gestion** « distribué par la sécurité sociale (6)», « c'est distribué gratuitement par la sécurité sociale. **Le médecin ne discute pas le cas des faux négatifs** « 15 jours après, on reçoit un résultat du test qui peut être négatif, ça veut dire qu'il n'y a pas de sang dans les selles, on est tranquille…(6)», **ni des symptômes d'intervalles.**	**La notion de prélèvement sur trois selles successives n'est pas forcément claire pour le patient et pour le médecin** (P) « je fais ça les vendredi, samedi, dimanche … Si je vais trois fois à la selles le dimanche » (M), « oui… » (P), « il faut que je regarde (lit rapidement la notice) (…) ah non sur trois jours différents (13)».	**La sécurité sociale remplace l'organisme de gestion** « de façon à ce que quand ça arrive au niveau de la sécurité sociale…(15)», « Les dames de la sécurité sociale lisent le test », « et ça part à la sécurité sociale (16)».	**Le médecin parle d'une** « petite invitation de la sécurité sociale (18)» **mais ne parle pas de la structure de gestion (Prévention Santé Val d'Oise)** **Elle ne parle pas de trois selles successives mais d'une selle par jour** « il fait que ce soit trois jours différents (20)», « il ne faut pas que ce soit trois selles du même jour (21)». **test de dépistage ou test diagnostique** « le sang dans les selles (...) ce qu'on recherche c'est un cancer, c'est le plus important mais ça peut être aussi des hémorroïdes, un polype (18)». **En utilisant la comparaison à la mammographie dans le cadre du dépistage du cancer du sein, il peut exister pour les patients une confusion entre test diagnostique et test de dépistage** « préventif », « Vous avez fait la mammographie, c'est un dépistage. Vous ne sentez rien, c'est de la prévention (21)».

Tableau 5 – Réactions et interrogations des patients

	Médecin C.	Médecin D.	Médecin A.	Médecin P.	Médecin N.
Questions d'ordre technique	**Nombreuses questions d'ordre technique** « et je l'envoie à l'adresse ? (1)», « faire dans une cuvette, ce ne serait pas plus simple ? (1)», « et si j'ai deux selles successives le même jour ? (3)», « combien de temps ? (4)», « il faut les dater ? (4)».	**La répétition des prélèvements et le délai entre chaque prélèvement fait l'objet de nombreuses questions** « trois fois vous dites ? (5)», « parce que des fois … quand je ne suis pas à la maison (…) (5)», « donc trois jours de suite ? (6)», « donc sur plusieurs jours différents ?(7)», «il faut les conserver longtemps les selles, imaginons que la personne est constipée et qu'elle ne peut pas y aller toute la semaine ? (7)».	« et les étiquettes que j'ai là ? (9)», « donc ça je le mets au frais ? (9)», « il faut que j'attende la lettre (...) ? (10)», « les étiquettes ? (11)», « ah, il y a un deuxième bâtonnet ? (12)», « pas au frigidaire ? (12)», « le même jour ? Dans la même selle ? (13)». **Mention du mode d'emploi** « oui, tout est marqué là (9)».	**Les questions sur la réalisation du test concernent les délais** « c'est sur trois jours ? (14)», « On met la date ? (14)», « ça se fait sur combien de temps ? (…). Mais trois qui se suivent ? (15)», « donc c'est pas obligé que ce soit trois jours d'affilée ? (17)».	**Questions d'ordres techniques** « le recueil des selles…comment je fais ? (21)», « à raison de combien ? (19)».
Autres questions	**Questions sur les résultats** « quand est ce qu'on reçoit le résultat ? (4)».	**Questions sur la coloscopie** « il faut accepter de faire une coloscopie » « Qui est ?... (7)». **Sur la compréhension de certains termes** « De selles ? (7)». **Symptômes** « Hémorroïdes ? (7)».	**Demande de repères** « donc si je fais ça les vendredi, samedi et dimanche », « par exemple, je peux poster le lundi (13)».	**Demande de repères,** (M) « par exemple, si je commence vendredi, samedi, dimanche et lundi (…) j'envoie lundi et ça part (16)», (P) « ah !!! On croyait que c'était un jour derrière l'autre (17)». **Problèmes de transit** (P) « donc si on est constipé une journée, le troisième jour ? (15)», (M) « voilà si vous avez commencé un Vendredi vous ne faites pas le samedi, dimanche et puis le lundi vous refaites, il n'y a pas de soucis (15)» (P) « d'accord (15)».	**Le patient montre son besoin de repères pratiques** (M) « il faut faire un prélèvement (...) un par jour pendant trois jours (19)», (P) « demain, par exemple, demain (…) mardi, mercredi, jeudi (19)».

Suite du tableau 5- Réactions et interrogations des patients

	Médecin C.	Médecin D.	Médecin A.	Médecin P.	Médecin N.
Expressions d'approbation	**Très nombreuses marques d'approbation du patient +++** « d'accord », « j'ai très bien compris, c'est très clair, vous avez été très explicite » (1), « d'accord », « Bon », « oui, d'accord », « Exactement », « c'est très clair » (3).	**Nombreuses réponses d'approbation des patients tout au long des entretiens hormis dans l'entretien 1** « oui (6)», « d'accord(6)», « ça me parait clair (6)», « yes (7)», « ça marche (8)».	**Nombreuses dans les 2 derniers entretiens** « d'accord », « Ouai», « Oui ».	**Nombreuses réponses d'approbation** « oui », « d'accord », « bien », « super » **sont le mots retrouvés tout au long de la discussion.** **Un des patients affirme** « autant le faire, ça coûte pas grand-chose et on est plus tranquille (17)».	**Les patients sont dans l'approbation tout au long des explications** « d'accord (18)», « bon (19)», « oui, oui (22)», « ok très bien je vais le faire (19)».
Réactions relatives à la pratique d'un test antérieur		**Réaction relative à un test précédent** . « Que cela soit sec, c'est peut être le plus difficile (8)», « j'ai du le renvoyer deux fois, le faire deux fois…parce que j'avais oublié de mettre une fois l'étiquette avec la date (8)», « Il faut pas oublier de mettre la date (8)».			**Le médecin parait répondre aux attentes du patient** « voilà c'est ce que j'allais vous demander (20)», (M) « ça vous parait simple ? (22)», (P) « c'est plus simple qu'auparavant (22)».

Tableau 6 – Tableau récapitulatif sur l'analyse de la communication des médecins

	Analyse du discours	Stratégie de communication	Typologie de la communication
Médecin C.	**Utilise la forme impersonnelle** (troisième personne), **ne prend pas à son compte son discours, Pas de questions ouvertes, questions fermées.** **Nombreuses Interjections pour solliciter une approbation** « d'accord », « c'est clair ? ».	**Monologue, Teste la compréhension en fin de consultation** *« est ce que c'est clair ? »*, **Met en avant le mode d'emploi du test.** **Recherche à maintenir le contact. Accompagnement** *« vous recevrez le test et moi aussi ».*	**Oriente son discours par le prisme de la technique.**
Médecin D.	**Adapte le vocabulaire en fonction du patient, parfois tutoiement, utilise quelques fois un langage familier, emprunt à des images populaires** « vrai cancer », « sale bête » ton léger, humoristique. **Utilise des formes directives** « il faut que vous acceptiez la coloscopie ». **Questions fermées et ouvertes** **Alternance de parole,** **Temps de parole patient / médecin équivalent.**	**Favorise l'écoute et l'interaction avec son patient.** **Recherche de compréhension.** **Réassurance.** **Renforcement positif, implication du patient dans la réalisation du test de dépistage.**	**Approche centrée sur le patient.**
Médecin A.	**Evite l'emploi du terme de** « cancer ». **Vocabulaire volontairement vague avec utilisation d'adverbe** « pas forcément », « c'est possiblement ». **Nombreux silences dans les premiers entretiens.** **Questions fermées puis ajoute des questions ouvertes dans les dernières consultations.**	**Ne souhaite pas inquiéter son patient Recherche de compréhension.**	**Evolution de l'approche qui devient de plus en plus centrée sur le patient.**
Médecin P.	**Utilise un vocabulaire positif** « sympathique », « tranquille », « pas de problèmes » « bonheur ». **Vulgarisation de certains termes** « pas périmé ». **Questions fermées** **Nombreuses Interjections pour solliciter une approbation** « hein ? », « d'accord ».	**Réassurance** « il y a toutes les chances que ce soit négatifs ». **Recherche de compréhension.** **Maintenir le contact.** **Accompagnement.**	**Approche centrée sur le patient.**
Médecin N.	**Adapte son vocabulaire.** **Structure systématisée.** **identique d'une consultation à l'autre.** **Questions fermées.**	**Recherche de compréhension.** **Accompagnement.** **Renforcement positif (encourage le patient dans la réalisation du test).**	**Consultation d'accompagnement.**

4. DISCUSSION

En confrontant nos résultats aux données de la littérature médicale, nous avons tenté de mieux cerner le contenu et le mode de communication utilisé par le médecin lors du déroulement de la consultation de délivrance du test hémoccult.

5.1 Un enjeu clé : l'information

Dans le cadre de notre travail, nous avons relevé un grand nombre de thématiques abordées par les différents médecins (tableau 1). Certes, la méthode qualitative utilisée dans notre étude ne nous a pas permis d'obtenir des données exhaustives. Elle ne peut remplacer une étude quantitative. De plus, elle a dû être limitée à l'analyse de 22 consultations de 5 médecins traitants et ne se veut donc pas représenter l'ensemble des pratiques. Cependant, ces thématiques permettent de couvrir la quasi totalité du contenu des formations proposées au médecin traitant par les différents organismes de gestion du dépistage.

Chaque médecin a insisté plus ou moins sur certaines d'entre elles. Certains ont orienté leurs consultations sur une description technique du test tandis que d'autres ont insisté sur l'histoire naturelle du cancer et la découverte de lésions précancéreuses.

Bien informer la population cible est un enjeu majeur dans la réussite du dépistage.

Une étude espagnole menée en 2009 a évalué l'éventuel impact d'une vidéo médicale éducative sur la compliance des patients au dépistage [14]. Cette étude séparait en deux groupes 158 individus : un groupe regardait une vidéo éducative sur le cancer colorectal, et l'autre une vidéo non médicale. Avant et après la diffusion, ces individus répondaient à un questionnaire sondant leurs connaissances et ils étaient suivis dans leur réalisation du dépistage.

Les individus ayant regardé la vidéo médicale avaient nettement amélioré leurs connaissances médicales et renvoyaient davantage de tests de dépistage au laboratoire.

Une autre étude américaine portant sur plus de 700 patients a comparé deux modes de délivrance du test et a souligné l'importance que pouvait avoir un entretien personnalisé. Un groupe recevait une éducation intensive au cours d'un entretien personnel ainsi que des brochures explicatives tandis que l'autre groupe ne recevait que les brochures explicatives. Les résultats ont montré que le premier groupe appelait moins souvent pour poser des questions aux médecins (1.5% vs 5.9%; P=.001) et que les retours de test étaient significativement plus important. (65.9% vs 51.3%; P<.001) Cette expérience souligne l'importance de la personne délivrant le test et montre que la brochure d'explication, si elle est indispensable, a cependant ses limites [15].

Parmi les médecins qui ont participé à notre étude, certains demandaient au patient ce qu'il avait pensé et retenu des brochures d'information et des informations délivrées par d'autres médias (télé, radio) dans le cadre de la campagne. Les réponses des patients n'étaient que peu contributives et montraient un faible niveau de connaissance du dépistage et du cancer colorectal.

Dans une étude qualitative française reposant sur des focus groupes patients et médecins [16], les auteurs relèvent la faible connaissance des patients sur le cancer colorectal et son dépistage. Dans cette même étude, certains patients affirmaient que les brochures envoyées avec l'invitation au dépistage leur faisaient penser à des publicités. D'autres ajoutaient que la campagne médiatique était intéressante mais insuffisante. Cette campagne a probablement plus contribué à la notoriété du dépistage du cancer colorectal qu'à une information éclairée de la population. Comme le montre l'étude EDIFICE 2, enquête téléphonique sur 1800

personnes de 45 à 85 ans réalisé par TNS Sofres[1] du 11 décembre 2007 au 9 janvier 2008 , 9 personnes sur 10 déclaraient savoir qu'il existe un dépistage du cancer colorectal [11].

Certains médecins enregistrés se limitent à donner à leur patient des explications techniques. Ils souhaitent que ceux-ci puissent réaliser facilement le test. Par ailleurs, les patients semblent ne pas poser beaucoup de questions portant sur l'épidémiologie du cancer ou les conséquences d'un résultat positif.

Cependant, le travail qualitatif mené auprès de patients montrait que certains d'entre eux ne sont pas satisfaits du contenu de l'information qui leur était délivré. Ils auraient souhaité des commentaires plus exhaustifs, davantage de données épidémiologiques, étiologiques voire scientifiques. Ils précisent qu'ils souhaitaient recevoir les informations de la bouche de leur médecin traitant. Certains regrettaient que leur médecin ne leur ait pas donné ces informations dans une consultation antérieure [16].

Ainsi, les patients sont en demande d'information mais ils sont également en recherche d'une information de qualité et ces informations, ils souhaitent les recevoir de façon personnalisée. De plus, ils désignent leur médecin traitant comme étant la personne la plus apte à leur donner ces informations. Les médecins doivent être conscients de cette demande et tenter d'y répondre avec efficience.

[1] Institut d'études marketing et d'opinion international

5.2 Rôle du médecin traitant

Le médecin traitant a un impact fort sur le patient. Selon l'enquête FADO de l'InVS, une fois le test remis par leur médecin, 87% des personnes déclarent effectuer le test de dépistage tandis que seulement 30% des personnes ayant reçu directement le test à domicile l'ont renvoyé. La capacité à convaincre du médecin traitant est incontestable. Mais parmi les patients ayant déjà fait le test combien reviennent pour se faire dépister deux années plus tard ? Nous n'avons pas assez de recul pour avoir des données solides sur cette question. Cependant, les deuxièmes évaluations du dépistage portant sur 22 départements ont montré un taux de participation en baisse [4 ; 10].

Ceci nous montre que les patients ayant fait une première fois le test ne sont pas tous revenus faire le test une seconde et/ou une troisième fois.

Or, nous remarquons dans notre travail qu'une partie des médecins ne discute pas avec le patient de l'importance de la récurrence du dépistage. Certains médecins rassurent leur patient sur la grande fréquence d'un résultat négatif mais ne préviennent pas leur patient que ce résultat n'a de valeur que dans la régularité du test et dans la surveillance d'éventuels symptômes d'intervalle. Il ne faut donc pas que les médecins se reposent sur ce chiffre de 87% mais insistent sur la continuité dans le dépistage.

De plus, les médecins de notre étude disent ne pas proposer systématiquement le test à leur patient mais attendent la plupart du temps qu'ils viennent leur demander avec l'invitation ou parfois sans l'invitation.

Comme le montre l'étude EDIFICE 2, 20% seulement des 600 médecins généralistes sondés déclarent proposer de façon systématique le test à leur patient. Ceci pose le problème récurrent des personnes qui ne viennent pas demander le test [11].

Ainsi, les médecins doivent jouer un rôle plus important dans la sensibilisation des patients et ne pas se limiter à délivrer le test à ceux qui le demandent.

De plus, lorsqu'ils délivrent le test, ils doivent insister sur l'importance de faire ce test tous les deux ans et inscrire le succès du dépistage sur le long terme.

5.3 La communication : importance de la relation médecin patient

La relation médecin patient est la pierre angulaire de la consultation médicale. Peu importent le motif et la durée de la consultation, c'est à partir de la problématique de santé du patient que le médecin et le patient établissent des liens thérapeutiques plus ou moins significatifs.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'information et notamment « la bonne information » sont au cœur de la consultation. Cependant, certains chercheurs ont souligné le rôle de la discussion entre patient et médecin : selon Vicks et Scott (1998) ce que chercherait en premier lieu le patient n'est pas l'information, mais le dialogue avec le médecin [17].

Il faut relativiser ces propos mais ces derniers soulignent l'importance de la relation établie entre le médecin et son patient. De nombreux sociologues se sont intéressés à décrire cette relation thérapeutique et à tenter de la comprendre. Nous sommes aujourd'hui loin de l'approche de Parsons (1951) qui décrivait l'asymétrie structurelle en faveur du médecin régulée par un système normatif. Au cours du temps, les sociologues ont mis en évidence le rôle prépondérant que pouvait jouer le patient dans cette relation.

C'est le psychanalyste britannique Balint, dans les années 70, qui a démontré que le médecin formé pour être centré sur la maladie devait se centrer sur la personne malade pour établir un diagnostic plus global. Par la suite, Mc Whinney (1972) montra que la relation du médecin avec le patient, en particulier la qualité d'écoute et de respect du médecin, ainsi que le souci

de comprendre les inquiétudes et les attentes du patient, contribueront à l'expression de la vraie demande (versus l'agenda caché) et, donc, l'efficacité et la qualité des soins.

En 1978, Kleinman, psychiatre et anthropologue, proposa le modèle transactionnel. Le patient est détenteur d'un savoir populaire qui est confronté au savoir scientifique du médecin lors de la consultation. Le patient est une personne active que le médecin doit inclure dans une négociation visant à définir et à résoudre un problème de santé. Pour cela, le médecin doit se faire une bonne représentation du patient (populaire, scientifique et culturel) et en tenir compte lors de sa consultation [18].

Les médias (internet, télévision radio), la famille et les proches, l'expérience personnelle du patient construisent un socle de connaissances qui dépend grandement de la compréhension du patient.

La diversité des supports de communication accessibles au patient et notamment le développement d'internet donnent à ce socle de connaissances une nature complexe : diverses et variées, plus ou moins complètes, plus ou moins homogènes et souvent contradictoires. De plus, ces informations brutes disponibles sont soumises au patient sans filtre de compréhension.

D'où la grande difficulté pour le médecin, lors de la consultation médicale, d'évaluer les connaissances et la compréhension de son patient afin de l'informer de façon claire et intelligible et de l'engager dans une prise en charge adaptée pour sa santé.

Dans notre étude, le médecin A. use de différentes stratégies pour évaluer les connaissances de son patient. L'expérience d'un proche *« votre femme a fait le test, donc vous savez en quoi ça consiste ?»*, la mise en situation *« imaginons que le test soit positif, vous savez à quoi çà amène »*, mais aussi des questions ouvertes plus générales *« qu'est-ce que vous en pensez du test ?»*.

Sur les raisons du refus de dépistage, la représentation du médecin diverge parfois des véritables raisons de ce refus.

L'enquête EDIFICE nous montre que médecin et patient ne sont parfois pas d'accord quant aux raisons de non dépistage. Pour la majorité des personnes interrogées, c'est parce qu'elles ne se sentent pas concernées (36%) qu'ils n'ont pas fait le dépistage. Ils sont également nombreux (18%) à mentionner le manque d'incitation par leurs médecins. Tandis que pour les médecins généralistes, les peurs de l'examen et de son résultat sont les raisons essentielles (27%) qui font que leurs patients ne se prêtent pas au dépistage alors que les personnes interrogées ne sont que 8 % à invoquer ces craintes. Le médecin doit connaitre et utiliser l'ensemble de ces paramètres à bon escient [19].

En 1995, Stewart et ses collaborateurs ont complété l'étude de la relation médecin patient et ont proposé une approche centrée sur le patient comprenant six composantes. Selon ces auteurs, les trois premières composantes renvoient davantage à la nature de l'interaction médecin de famille patient, alors que les trois dernières ciblent plutôt le contexte dans lequel se situe cette interaction [18] :

- Explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécues par le patient
- Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale.
- S'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités
- Valoriser la prévention et la promotion de la santé.
- Etablir et développer la relation médecin patient.
- Faire preuve de réalisme.

L'implication du patient dans la prise en charge de sa santé passe par la responsabilisation de ce dernier. Certains patients ne se disent pas *« Experts »* (Médecin D. Entretien 8) et

souhaitent que leur médecin conserve leur rôle dominant de prescripteur. Cette vision ne serait en fait que peu contributive.

De nombreuses études ont mis en lumière les avantages d'une relation centrée sur le patient.

Pour Mc William et Freeman (1995), les interventions visant la prévention et la promotion de la santé seront maximalisées si le médecin est centré sur le patient. C'est-à-dire s'il intègre à la démarche de soins les trois premières composantes de l'approche : explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécue par le patient, comprendre la personne dans sa globalité psychosocial, s'entendre avec le patient sur le problème et les solutions et le partage des responsabilités. Ces auteurs insistent sur l'importance d'une relation de collaboration dans laquelle il y a un partage des responsabilités entre le médecin et le patient.

Kaplan, Greenfield et Ware (1989) ont montré que la qualité de la communication médecin patient influence l'amélioration de l'état de santé du patient : si le patient peut exprimer ses craintes, poser des questions sur son problème de santé et recevoir de son médecin des informations claires et intelligibles.

Diverses études montrent que l'observance des recommandations médicales par le patient est significativement meilleure lorsque la relation médecin patient est jugée bonne par le patient [20].

L'étude de Dubé et al.,(2005-USA) réalisée auprès de 4 groupes d'hommes âgés de 40 à 79 ans montre que leurs comportements de dépistage sont favorisés par l'établissement d'une relation interpersonnelle « patient-médecin ». Il met en avant également l'utilisation, pour les explications du médecin, d'un langage compréhensible avec vérification de la part du médecin de la compréhension par ce dernier des messages informatifs /éducatifs [21].

Certains médecins enregistrés instaurent une relation orientée patient qui les amène à discuter avec leur patient de leurs craintes et leur perception du dépistage. Nous retrouvons des questions ouvertes et fermées, des blancs plus ou moins longs permettant au patient de digérer

l'ensemble des informations et de s'exprimer en retour. Ainsi, un des patients parle longuement de sa représentation de l'âge : avoir 50 ans dans notre société.

Selon de nombreuses études, les médecins déclarent manquer de temps et d'opportunité pour délivrer le test hémoccult à leur patient [16 ; 22]. Dans le cadre de cette consultation, il est important de leur rappeler qu'adopter une communication centrée sur le patient ne prendrait pas plus de temps qu'une approche centrée sur la maladie [23]. Nous avons observé également ce phénomène dans notre étude. Nous avons également remarqué que les deux médecins adoptant une approche centrée sur le patient sont les seuls à avoir déclaré que leurs patients feraient tous le test.

La communication patient malade est un sujet de recherche inépuisable évoluant avec la société, les progrès médicaux et la façon de percevoir sa santé. Le médecin est souvent pris dans un travail quotidien difficile et n'a pas le temps de prendre du recul sur la façon dont il communique avec son patient.

L'enregistrement est un bon moyen, facile à mettre en place avec les technologies actuelles qui permettrait selon certaines études d'améliorer la formation des médecins [24]. Mais il permettrait surtout de prendre conscience du dialogue entre le patient et son médecin. Effectivement, le fait de se savoir enregistré fait également partie d'une démarche personnelle, volontaire visant à se remettre en question. Elle s'intègre ainsi à une démarche de formation continue.

Pour illustrer une dernière fois l'importance de la relation centrée sur le patient, nous reprendrons un exemple frappant de notre étude. Le médecin N. reçoit un patient qui lui présente une invitation au dépistage datant de plus d'un an (Oct 2008). Elle s'étonne : *« vous ne l'avez pas jetée ?! (22)».*

Au cours de cette consultation, le médecin ne prend pas le temps d'approfondir le motif de ce retard et de comprendre pourquoi le patient s'est décidé à venir. Le médecin en reste à des explications très technique et le patient adopte un ton approbateur. Dans la fiche d'identification de ce patient, le médecin pensait que le patient ne ferait pas le test alors qu'elle avait noté une bonne compréhension des explications. On peut se demander si une autre stratégie de communication aurait pu être mise en place ? Pourquoi pense-t-elle avoir échoué dans sa tâche ?

Les éléments de communication que nous avons décrits au cours de ce chapitre sont peut être une réponse. Mieux comprendre les motivations du patient, notamment pour consulter ce jour, lui aurait peut être permis de le convaincre efficacement et de ne pas douter de la future réalisation du test.

5.4 PROPOSITION DE CONSULTATION

Il va de soi que cette proposition de consultation n'est pas une consultation idéale. Le médecin est seul à pouvoir décider du contenu et de la façon de communiquer avec chaque patient.

Il s'agit plutôt à la lumière de notre travail et des différentes études internationales récentes, de souligner l'ensemble des étapes clés de cette consultation de délivrance et de donner des outils de communication que le médecin pourra utiliser au cours cette consultation.

Nous avons ainsi décomposé la consultation en différentes étapes qui nous paraissent correspondre en termes de temps et de compréhension du patient à la structure la plus adaptée.

* ***Les propos des médecins seront cités en gras et en italique***

* **Nos propositions seront écrites en gras.**

5.4.1 Motif de la consultation et gestion du temps

Le temps consacré aux consultations de prévention se situait entre 3 et 8 min dans le cadre de notre étude, 7 minutes en moyenne selon un article de l'INCa [12]. Ce temps de consultation parait insuffisant devant la tâche à accomplir.

Comme le révèlent de nombreuses études et comme le confirme notre travail, les médecins attendent trop souvent que leurs patients reçoivent l'invitation et leur demandent le test.

Le médecin doit souvent gérer une consultation multiple où la délivrance du test s'accompagne de renouvellement d'ordonnance, de vaccination, de prise en charge de pathologies aigues (rhinopharyngite, pathologie urinaire...). Dans notre étude seulement 5 patients sur 23 sont venus exclusivement pour la délivrance du test.

Il est parfois irritant pour les médecins d'entendre leur patient leur demander le test à la fin de la consultation, après avoir parlé de beaucoup d'autres problèmes de santé [16].

Trouver du temps pour la délivrance du test notamment en période d'épidémie grippale ou de gastroentérite est une difficulté soulignée par les médecins généralistes. Ce manque de temps pour discuter du dépistage se retrouve dans bien d'autres pays que le nôtre [16 ; 22].

Pour remédier à ces consultations multiples, certains médecins essaient d'aménager leur emploi du temps. Par exemple, dans notre étude, le docteur C. dédie des consultations à la délivrance du test. Rester flexible dans son organisation permet d'approcher de façon plus efficiente les patients qui ont refusé initialement le test [16].

La culture de la prévention ne progresse que lentement parmi patients et médecins. La place des consultations de prévention n'est pas clairement définie. Un échange entre le médecin D. et une patiente nous rappelle le chemin qu'il reste à parcourir ***(P) « j'avoue que ce n'est pas ma préoccupation quotidienne (7)», (M) « maintenant occupons nous de votre santé (7)».***

Il nous semble important de recentrer l'intérêt de la délivrance du test dès le début de la consultation. Ainsi, nous débuterions en insistant sur la notion de temps et sur l'importance des actes de prévention et de dépistage pour la santé de notre patient :

« Nous allons prendre du temps aujourd'hui pour parler de votre santé »

ou **« nous allons vous présenter un test qui est important pour votre santé »**

Nous pouvons également informer le patient sur la prise en compte de ses autres demandes :

« Suite à cette consultation, je vous renouvellerai votre traitement »

5.4.2 Recherche d'un test antérieur et évaluation du niveau de risque :

Le médecin recherche l'existence d'un test antérieur :

« Avez-vous déjà fait le test hémoccult ?(3) », « a quelle date aviez-vous réalisé ce test ?(8) »

Le médecin doit s'enquérir du niveau de risque de son patient en détaillant un certains nombres d'items que l'on retrouve en partie sur l'ensemble de nos entretiens :

« Avez-vous déjà eu du sang dans les selles jusqu'à ce jour ? »

« Avez-vous déjà fait une coloscopie ? », (si oui) « avaient ils trouvé quelque chose, un polype à la coloscopie ? », « a quelle date avait vous réalisé cette coloscopie ? Est-ce que cette coloscopie date de plus de 5 ans ? »

(ATCD personnel de CCR ou adénome)

« Est-ce qu'un de vos parents, de vos frères ou sœurs ou de vos enfants a déjà passé une coloscopie ? A déjà eu des problèmes aux intestins /polypes /cancer ? »

(ATCD familial de CCR ou adénome (1 parent 1er degré < 65 ans ou deux parents 1er degré quel que soit l'âge) / ATCD maladie inflammatoire chronique (RCH/Crohn) / PAF / HNPCC /Syndrome de Lynch.

Nous constatons dans notre étude qu'aucun médecin n'est vraiment complet et systématique dans sa recherche du niveau de risque. Le médecin N. est une des seules à préciser la notion de famille du premier degré mais elle omet d'y inclure les enfants (fils et filles) du patient.

En se focalisant sur la délivrance du test, on sous-estime l'importance de l'évaluation du niveau de risque du patient. Cette recherche préalable à la délivrance du test est pourtant primordiale.

Dans une étude publiée par la Société Française d'Endoscopie Digestive, il a été demandé à des gastroentérologues de réévaluer le niveau de risque et la bonne prise en charge du patient en fonction de ce niveau. Les résultats montrent que, parmi 1544 sujets identifiés comme étant à risque élevé de CCR, 66% (n=1016) seulement étaient bien informés sur leur niveau de risque et 90% d'entre eux ne bénéficiaient pas d'une surveillance adéquate [25].

Cette partie de l'interrogatoire devrait donc mobiliser les médecins traitants. Les GE ne sont pas exempts de tout reproche, ce sont eux qui réalisent les coloscopies, ils seraient en position d'informer la famille du patient sur les suites de la prise en charge. On relève peut être ici un manque de coordination entre médecin traitant et médecin spécialiste que nous ne développerons pas dans ce travail.

L'étude souligne l'apport d'un schéma représentant l'arbre généalogique. Il constituerait un outil très pratique, facilement visualisable et de surcroît compréhensible par les patients. Idéalement, cet arbre généalogique devrait permettre de remonter jusqu'aux grands-parents. Selon les hépato-gastro-entérologues interrogés, les résultats de cet arbre généalogique pourraient être également utiles dans le cadre de l'information des médecins généralistes.

Enfin, plusieurs médecins ont souhaité disposer d'une version informatique de cet arbre généalogique [25].

Dans notre travail, si nous avons constaté une insuffisante recherche du niveau de risque des patients, il faut toutefois modérer nos propos. Effectivement, nous n'avons pas pris en compte les dossiers médicaux des patients auxquels le médecin se réfère.

Sur ce point une étude française de 2007 nous rappelle que la qualité des dossiers médicaux dans le cadre de la prévention et du dépistage des cancers doit être améliorée.

L'étude a consisté en l'évaluation de 736 dossiers de médecins généralistes par 37 de leurs confrères (MT). Les antécédents familiaux de cancer figuraient seulement dans la moitié des dossiers et, quel que soit le cancer, seul le quart des dossiers était complet et conforme aux recommandations. A l'heure de la généralisation des dépistages des cancers, le recueil et l'actualisation des informations sur l'histoire familiale et les examens de dépistage passés doivent être améliorés dans les dossiers de médecine générale.

Des outils permettant de faciliter ce travail ont même été proposés : affiches pour les salles d'attente et auto-questionnaires destinés aux patients [26].

5.4.3 Tester les connaissances du patient

Une étude qualitative française nous rappelle que de nombreux patients, notamment les hommes âgés de plus de 60 ans, ont peu de connaissances du dépistage du cancer colorectal [16].

Dans le cadre d'une approche centrée patient, le médecin évalue les connaissances de son patient. Comme nous l'avons souligné au cours de notre étude, l'utilisation de questions

ouvertes sera plus contributive. L'emploi du mot *« dépistage »* permet de ne pas restreindre la question sur un plan trop technique :

« Savez-vous pourquoi vous faites ce dépistage aujourd'hui ? »

Ou **« Que savez-vous du dépistage préventif du cancer colorectal ? »**

Il faut être attentif à la perception du dépistage car de nombreux travaux montrent la confusion qui existe chez les patients entre test diagnostique et test de dépistage. C'est pour cela qu'il parait important d'ajouter le terme de prévention et de l'expliquer en cas d'incompréhension [16 ; 27 ; 28].

Pour aider le patient, nous pouvons l'interroger sur les différents supports de communication.

« En avez-vous déjà entendu parler à la télévision ? A la radio ? »

« Qu'en avez-vous retenu ? Qu'avez-vous compris ? »

Dans un second temps, le médecin peut tester les connaissances du patient sur le test hémoccult. Comme le montre notre étude, les réponses seront alors majoritairement d'ordre technique :

« Que savez du test hémoccult ? »

« Qu'avez-vous retenu du précédent test réalisé ? »

Dans ce contexte, le médecin peut également interroger le patient sur une expérience précédente ou éventuellement sur l'expérience d'un proche :

« Avez-vous compris comment/pourquoi votre femme avait fait le test ? »

5.4.4 Présentation du cancer colorectal et de son histoire naturelle

Selon l'enquête FADO, l'épidémiologie du cancer colorectal est méconnue quand le cancer colorectal a, lui, une notoriété affirmée par la forte campagne de médiatisation.

L'étude qualitative de l'INCa présentée au MEDEC de mars 2008 étudiait les freins à la participation au dépistage du cancer colorectal du côté des patients et des médecins. Cette étude reposait sur des entretiens individuels de 40 hommes et femmes et sur 2 focus groupes de 8 personnes, de 50 à 74 ans pour le versant patient et sur un échantillon de 40 médecins généralistes (Entretiens individuels pour 30 médecins et deux focus groupes de 5 médecins chacun) pour le versant médecin [28].

Dans cette étude INCa MEDEC, le cancer colorectal était connu des patients mais ne leur venait pas spontanément à l'esprit. Ce cancer était perçu comme un cancer qui fait assez peur (3ème place des cancers qui font le plus peur). De plus, seulement 20% des patients pensaient que ce cancer pouvait se traiter et se guérir s'il était dépisté suffisamment tôt [28]

Dans une étude américaine de 2008 [29], la vision pessimiste et fataliste de ce cancer a été citée comme un frein crucial à la réalisation du test. Cette étude reposait sur des entretiens semi dirigés de 33 patients qui devaient décrire les facteurs qui les ont influencés dans leur décision de faire ou non le dépistage.

L'enquête barométrique INCA/ BVA de 2009 réalisée par téléphone auprès d'un échantillon de 1013 personnes, représentatif de la population française âgée de 25 ans et plus, a montré que 44% des personnes qui n'ont pas le baccalauréat déclaraient que le cancer est une maladie dont on ne guérit pas [30].

La consultation de délivrance permet de confronter le savoir scientifique du médecin au savoir populaire du patient. Elle est l'occasion de rectifier les méconnaissances populaires [18].

« C'est un cancer qui touche beaucoup de français/ 40 000 nouveau cas par an et qui est souvent grave car dépisté trop tardivement »

« Par contre, dépisté tôt, ce cancer se soigne très bien. Les progrès de la médecine / des thérapeutiques / des traitements nous permettent de soigner 9 personnes sur 10 / 95% des malades si on le dépiste suffisamment tôt »

Il faut insister sur la notion de lésion précancéreuse et s'assurer de la bonne compréhension du patient. Elle constitue la véritable plus value du dépistage. Comme nous l'avons vu dans le chapitre *« tester les connaissances du patient »*, les patients confondent souvent le test de dépistage avec un test diagnostique [16 ; 27 ; 28].

Le nom même de *« dépistage du cancer colorectal »* prête à confusion. Certains organismes comme la Prévention Santé Val d'Oise (PSVO), organisme de gestion responsable du dépistage dans le Val d'Oise, ont décidé de changer ce nom en *« prévention et dépistage du cancer colorectal »*

« De plus, l'avantage que nous avons aujourd'hui, c'est de pouvoir agir avant que le cancer ne soit présent/ ne se développe »

« Le test nous permet de trouver des lésions précancéreuses / qui ne sont pas encore un cancer / des polypes afin d'éviter qu'ils ne se transforment/ qu'ils ne deviennent plus tard un cancer »

Comme le médecin P., le médecin peut utiliser la comparaison à d'autres dépistages tel celui du cancer du sein. Il peut ainsi expliquer la différence entre le dépistage d'un cancer en phase débutante et le dépistage d'une lésion qui n'est pas encore un cancer. Il peut également utiliser la comparaison avec le dépistage du cancer du col de l'utérus qui permet comme le

cancer colorectal de dépister des lésions précancéreuses et d'éviter la survenue d'un cancer en les traitant.

« La mammographie permet de dépister un début de cancer tandis que ce dépistage permet de révéler une lésion précancéreuse/ qui n'est pas encore un cancer »

« Le dépistage du cancer colorectal permet comme le frottis gynécologique que vous pratiquez de dépister une lésion qui n'est pas encore un cancer »

Sur le département de l'Isère, une initiative locale a mobilisé les gynécologues du département dans le cadre d'un programme commun de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal. Ce programme était à l'origine de 35% des tests réalisées par les femmes.

Les explications sur l'histoire naturelle du cancer colorectal nous donnent l'occasion de justifier l'intérêt de reproduire le test tous les deux ans et de s'inscrire ainsi dans une prévention sur le long terme.

« Ces polypes se développent très lentement (10 ans) ce qui nous permet en répétant le test tous les deux ans de les enlever avant qu'ils ne deviennent un cancer »

5.4.5 Présentation du test hémoccult

La première intervention du médecin consiste la plupart du temps à présenter l'objectif du test : la recherche de sang microscopique.

« Le test hémoccult permet de dépister du sang microscopique / non visible/ que l'on ne voit pas dans les selles (4, 21)»

Comme le précisent les médecins et les patients ***« le mode d'emploi est très bien fait (3)»,*** il serait judicieux de ne pas passer trop de temps sur les étapes techniques.

Dans l'enquête FADO reposant sur 7616 questionnaires de personnes de 50 à 74 ans, 62% des 5800 personnes ayant déjà fait au moins un test déclaraient que le test est facile à faire. Il faut toutefois préciser que les 7616 questionnaires ne représentaient que 36% des réponses et que l'enquête avait été réalisée dans 6 départements pilotes de décembre 2006 à avril 2007, soit avant la période de généralisation sur l'ensemble du territoire [10].

L'enquête édifice 2 confirmait cette première constatation. 64% des français déclaraient que faire un dépistage est quelque chose de facile et que l'on peut réaliser à proximité de chez soi (64%). Toutefois, encore 26% jugeaient que ce n'est pas une démarche facile à faire [11].

L'utilisation du support, la présentation des différents éléments et un rappel succinct des différentes étapes suffiraient la plupart du temps :

« Vous avez 3 cartons avec des carrés A et B, 1 bâton par carré soit 6 bâtons »

« Il faut prélever 2 petits morceaux de selle sur 3 selles successives »

« La selle ne doit pas entrer en contact avec l'eau ou les urines alors vous devez mettre du papier journal ou un sac pour recueillir vos selles »

« Il faut conserver les cartons à l'air libre, à température ambiante »

« Vous avez 10 jours pour réaliser ces prélèvements »

« Une fois fini et seulement quand vous avez fini, vous mettez les 3 cartons dans le plastique et vous envoyez dans l'enveloppe pré-remplie et pré-timbrée »

Anticiper les questions les plus courantes des patients permet de gagner du temps.

Le docteur M. l'a bien compris et suite à la question d'un de ses patients au premier entretien portant sur la conservation du test, elle précisera dans les entretiens suivants sans attendre une éventuelle question : ***« ne pas conserver le test au frigo, ni au soleil (10)».***

Dans notre travail, nous retrouvons de nombreuses questions portant sur le transit, sur les délais de réalisation du test et sur le mode de conservation du test. Nous avons relevé des différences entre le délai de réalisation du mode d'emploi (9 jours) et celui parfois mentionné par les médecins (10 à 15 jours) qui correspondrait à des valeurs données en formation. Cette différence peut prêter à confusion pour le patient.

Une des questions récurrentes concerne notamment la notion de trois selles successives. Dans nos entretiens, nous relevons deux stratégies intéressantes pour remédier à ce problème.

Le médecin peut d'abord s'enquérir du transit de son patient ***« avez-vous un transit régulier ? (9)»*** et en fonction de la réponse ***« donc pour vous ce sera 1 selle par jour soit 3 jours de suite »*** *ou* ***« 1 selle tous les 2 jours donc 6 jours (6)».***

Donner des repères plus précis au patient s'avère également très rentable. Parfois le patient demande lui-même au médecin de lui donner des exemples ***« vous faites un prélèvement demain, mardi et mercredi, si vous n'avez pas de selles, mercredi, ce n'est pas grave dans ce cas là, vous faites le dernier prélèvement jeudi ou vendredi. Vous avez 10 jours (13, 15, 21)».***

Un travail de thèse qualitative reposant sur les entretiens individuels de 24 patients complète la liste des inconvénients rencontrés par les patients lors de la réalisation du test. Les patients soulignent notamment : la manipulation des selles, la nécessité d'un transit régulier, le déroulement en plusieurs étapes sur plusieurs jours, la discipline requise [31 ; 32].

Etre au fait des interrogations les plus fréquentes des patients permet au médecin d'adapter ses explications au cours de la consultation [32].

Pour encourager son patient, le médecin doit lui rappeler les avantages du test.

« c'est un test simple », « facile à faire », « qui n'est pas douloureux », « c'est un test entièrement gratuit », « c'est un test qu'on peut faire à la maison »

5.4.6 Aides proposées par le médecin

Le médecin peut coller l'ensemble des étiquettes pour éviter au patient de perdre du temps. Comme nous l'avons souligné précédemment, coller les étiquettes est un moment opportun pour préciser au patient qu'il recevra le test, ainsi que son médecin, d'ici 15 jours à 1mois.

Pour décrire les étapes techniques, il est possible d'utiliser différentes stratégies en fonction de la compréhension des patients. Une démonstration à l'aide de crème ou de vaseline peut être proposée au patient.

Donner un exemple aux patients leur permet de mieux se projeter dans la réalisation du test *« lundi, mardi, mercredi »*. Nous remarquons que le patient est en demande de repères. Ceci permet notamment de le rassurer sur d'éventuels problèmes de transit.

Le thème des selles qui doivent rester sèches occupe une grande partie des explications techniques et chaque médecin peut proposer des solutions différentes selon les patients ***«papier journal au fond des toilettes ou en dehors (3)», « sac poubelle sous l'abattant des toilettes (2)», « un sac plastique (3)» …*** D'autres précisent juste au patient : ***« un dispositif ingénieux »*** (Médecin N.).

Il est possible également de justifier les explications données en adaptant son niveau de langue et son vocabulaire « ***le test n'aime pas l'eau (14)», « le test ne supporte pas l'humidité (15)»*** (Médecin P.), ***« le réactif se trouve derrière la plaque en carton...donc il ne faut pas que le carton soit trop détrempé (2)»*** (Médecin C.), ***« trois fois de suite, c'est important car s'il y a un polype qui saigne, nous avons plus de chance de le retrouver sur trois selles (2)»*** (Médecin C.), ***« vous mettez les tests au dernier moment parce que le plastique fait macérer (16)»*** (Médecin P.).

5.4.7 Résultat du test hémoccult

Dans l'enquête FADO mené par l'INVS, 35% des participants à l'étude évoquaient comme point négatif du dépistage, la peur et l'angoisse générées par les résultats [4].

Quand on sait que le patient reçoit le résultat et le découvre seul, il est important qu'il soit bien informé des conséquences au préalable. Nous pourrions suggérer au patient de revenir dès la réception du résultat pour en discuter avec lui. Il faut lui montrer que nous sommes présent à ses côtés pour l'accompagner en cas de résultat positif.

« Dans 15 jours, vous recevrez les résultats et moi aussi », « Contactez moi si vous avez des questions », « si le résultat est positif, vous venez me voir et je sais quoi faire »

Si les patients ont peur du résultat, selon l'enquête EDIFICE 2, 97% des français s'accordaient sur le bénéfice du dépistage pour augmenter les chances de guérison et la même proportion voyait le dépistage comme une bonne habitude à prendre pour faire attention à sa santé. Les personnes n'ayant pas encore fait le dépistage partageaient globalement les mêmes

opinions positives sur les bénéfices du dépistage que celles qui avaient déjà fait la démarche [11 ; 33].

5.4.7.1 Résultat négatif

Dans ce contexte, le médecin se doit de rassurer son patient. Pour présenter les résultats, il peut ainsi commencer par mentionner la probabilité élevée d'un test négatif.

« Dans la majorité des cas, plus de 9 fois sur 10, le résultat est négatif, c'est-à-dire que l'on ne retrouve pas de sang dans les selles »

« Le test est négatif dans 97% des cas »

Nous avons ici encore une opportunité d'inscrire le patient sur le long terme.

« C'est très bien MAIS comme je vous l'ai expliqué précédemment, il faut refaire le test tous les deux ans pour être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose / d'un polype /d'un problème débutant »

Dans l'enquête barométrique INCa/BVA de 2009, 26% des français sont convaincus que le dépistage est nécessaire uniquement si des symptômes ou des douleurs sont ressentis [30]. Expliquer au patient l'importance de revenir tous les deux ans même en l'absence de symptômes est primordial.

« Et si entre ces deux années, vous avez des problèmes intestinaux, du sang dans les selles, une modification de poids brutal, vous venez me consulter comme à votre habitude »

Une question sur la bonne compréhension du patient permettrait d'impliquer le patient dans cette démarche.

« Avez-vous compris pourquoi il faut refaire ce test tous les deux ans ? »

« Avez-vous compris pourquoi si nous ne faisons pas ce test tous les deux ans nous ne serons pas efficaces ? Nous risquons de passer à côté de quelque chose (…) »

5.4.7.2 Résultat positif

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent (Résultat Négatif), une partie des patients ont peur des résultats. Cependant, l'étude EDIFICE 2 portant sur 1800 personnes de 40 à 85 ans et 600 Médecins Généralistes, souligne que la peur de l'examen et de son résultat ne seraient pas les principales raisons de ne pas faire le test (seulement 9% des sondés). Les raisons citées le plus souvent ont été les suivantes : les personnes interrogées ne se sentaient pas concernées (36%), leur médecin ne les aurait pas assez incitées (18%).

Selon cette même étude, les médecins généralistes pensaient au contraire que les craintes de l'examen et de son résultat étaient les principales raisons (27%) [11].

Comme nous le voyons, il est difficile de faire la part des choses. Quelles que soient les proportions, les craintes des patients sont bien présentes et le médecin parait en avoir conscience.

Dans ce contexte, certains médecins de notre étude ne parlent pas des conséquences d'un résultat positif. Ainsi, le médecin N. préfère revoir les patients pour en discuter avec eux tandis que le médecin C. souligne sa disponibilité en cas de résultat positif.

Discuter avec son patient d'un résultat positif, c'est expliquer la signification d'un test positif : **« la présence de sang dans les selles »,** mais c'est avant tout l'impliquer dans la réalisation de la coloscopie.

« Dans moins d'un cas sur dix (3%), le test va être positif, c'est-à-dire que nous avons retrouvé un peu de sang dans les selles et à ce moment là, il faut accepter de réaliser une coloscopie »

De nombreuses études montrent que la coloscopie est un examen qui fait peur, qui est angoissant pour le patient [16 ; 31].

Un programme de dépistage a été organisé au Japon en 1992 et ils se sont aperçus que moins de 60% des patients ayant eu un test Hemoccult positif entre 1992 et 2003 avaient réalisé les examens complémentaires nécessaires [8].

Une étude française portant sur 19 départements montre que environ 15% des patients ne réalisent pas la coloscopie après un résultat positif [9].

Evaluer les connaissances du patient sur la coloscopie et répondre à ses craintes permettraient d'améliorer la compliance de ce dernier. Le médecin peut utiliser différentes stratégies pour impliquer le patient dans la réalisation de cet examen : la réassurance mais aussi un mode de communication plus directif sous forme d'injonction :

« Il faut accepter de réaliser une coloscopie », « savez vous ce qu'est une coloscopie ? »

« C'est passer une petite caméra qui nous permet de voir à l'intérieur vos intestins. D'accord ? » (Médecin A.)

« Un examen sous anesthésie générale où on passe un tube dans l'intestin et on va voir ce qui se passe » (Médecin D.)

5.4.8 Résultat de la coloscopie

« Dans 5 cas sur 10, nous ne trouvons pas de problème et nous continuerons de surveiller »

« Dans 4 cas sur 10, nous trouvons un polype » (autre opportunité pour des explications sur la signification d'une lésion précancéreuse).

« Et seulement dans 1 cas sur 10, nous retrouvons un cancer débutant qui quand nous le dépistons tôt se soigne très bien » (94% de survie à 5 ans)

Comme nous l'avons souligné précédemment, que l'on mentionne ou non la coloscopie, il nous semble primordial d'expliquer la notion de lésion précancéreuse.

Quel que soit le moment de la consultation, dans l'esprit du patient, le test ne doit pas être confondu avec un test diagnostique.

5.4.9 Faux négatifs et positifs

Le test hémoccult est un test hautement spécifique (98%). Nous ne retrouvons que 2% de FP. Des résultats faussement positifs sont théoriquement possibles en cas d'ingestion de viandes rouges ou de certains fruits et légumes (navets, brocolis, choux fleurs, radis, melon …) ayant une activité peroxydase, de prise d'AINS dont l'aspirine, de saignement gynécologique ou lié à des hémorroïdes [1 ; 34].

Certains résultats faussement négatifs sont attribués à la prise de fortes doses de vitamine C [34].Certes l'information du patient sur des mesures simples pour éviter les faux positifs et les

faux négatifs est possible, mais on peut s'interroger sur une éventuelle baisse de motivation à la réalisation d'un test qui deviendrait trop compliqué.

Nous observons que la notion de faux négatif n'est abordée qu'une seule fois par le médecin P. Les patients ont peur que le test ne soit pas fiable notamment s'ils réalisent mal le test. Certains patients se sentaient « responsables » de la réussite du test. Patients et médecins soulignent le manque de sensibilité du test [16 ; 32]. Effectivement, la sensibilité du test est proche de 50% pour un cancer et de 15 à 33% pour un adénome colorectal de plus de 1 cm de diamètre [3].

Il est très difficile d'expliquer au patient cette notion mais en l'inscrivant dans l'intérêt d'un dépistage biannuel, le médecin peut parler d'un

« **test qui ne dépiste pas tous les problèmes notamment parce que les lésions saignent de façon intermittente mais dans la répétition du test et la surveillance d'éventuels symptômes, nous pouvons dépister une grande majorité des lésions** ».

Des tests immunologiques sont en cours d'évaluation et pourraient bientôt remplacer le test hémoccult II. Leur principe repose sur la révélation spécifique de la présence d'hémoglobine humaine grâce à l'utilisation d'anticorps monoclonaux ou polyclonaux reconnaissant la globine de l'hémoglobine.

Dans les études conduites en laboratoire, le test serait plus spécifique que le test hémoccult. De plus, il ne nécessiterait qu'un ou deux prélèvements au lieu de trois actuellement [1 ; 34].

5.4.10 Délai de réception des résultats et accompagnement du médecin

Le médecin doit informer son patient sur le fait qu'ils recevront tous deux les résultats et sur les délais probables de réception.

« Nous devrions recevoir, vous et moi, le résultat d'ici une quinzaine de jours »

Si le délai habituel semble être de 15 jours environ, certains médecins se plaignent (Médecin N.) de recevoir le résultat après leur patient. Ils proposent donc aux patients de revenir consulter dès la réception de ce résultat.

Comme le médecin P., il est bon de montrer au patient que nous l'accompagnons dans sa démarche et que nous serons là en tant qu'expert en cas de test positif.

« Si votre test est positif, vous venez voir votre docteur et moi je sais quoi faire » (Médecin P)

Que le test soit négatif ou positif, parler avec son patient du résultat reçu et de ses conséquences constitue une démarche pédagogique engageant le patient dans un comportement préventif. L'éducation à la prévention doit s'inscrire sur le long terme.

Tableau 7 – proposition de consultation sur la délivrance du test hémoccult

Thématiques abordées par le médecin	Suggestions	Objectifs
Introduire la consultation	**« Nous allons prendre du temps aujourd'hui pour parler de votre santé »** **« Nous allons vous présenter un test qui est important pour votre santé »** **« Suite à cette consultation, je vous renouvellerai votre traitement »**	- Valoriser l'acte de dépistage auprès des patients - Informer le patient sur le déroulement de la consultation
Recherche d'un test antérieur	**« Avez-vous déjà fait le test hémoccult ? », « A quelle date aviez vous réalisé ce test ? »**	-Rechercher l'éligibilité du patient au dépistage -Expérience du test déjà réalisée
Evaluation du niveau de risque	**« Avez-vous déjà eu du sang dans les selles jusqu'à ce jour ? »** **« Avez-vous déjà fait une coloscopie ? »,** (si oui) **« Avaient ils trouvé quelque chose, un polype à la coloscopie ? », « A quelle date avait vous réalisé cette coloscopie ? Est-ce que cette coloscopie date de plus de 5 ans ? »** **« Est-ce qu'un de vos parents, de vos frères ou sœurs ou de vos enfants a déjà passé une coloscopie ? A déjà eu des problèmes aux intestins /polypes /cancer ? »**	-Rechercher l'éligibilité -Ne pas sous estimer les patients à risque (ATCD personnel de CCR ou adénome) (ATCD familial de CCR ou adénome / MICI / PAF / HNPCC /Syndrome de Lynch) -Expliquer la notion de parent du premier degré (1 parent 1er degré <65 ans ou deux parents 1er degré quel que soit l'âge)
Tester les connaissances de son patient	**«Savez-vous pourquoi vous faites ce dépistage aujourd'hui ?** **«Que savez-vous du dépistage préventif du cancer colorectal ? »** **« Que savez du test hémoccult ? »** Connaissances en rapport avec les différents supports de communication. (publicités, télévision, radio) **« En avez-vous déjà entendu parler à la télévision ? à la radio ?»,« Qu'en avez-vous retenu ? Qu'avez-vous compris ? »** Expérience d'un test hémoccult antérieur **« Qu'avez-vous retenu du précédent test réalisé ? »**	-Evaluer les connaissances du patient (savoir populaire) pour adapter ses explications. -Adopter une approche centrée sur le patient pour renforcer l'implication du patient

Cancer colorectal : épidémiologie	**« C'est un cancer qui touche beaucoup de français/ 40 000 nouveaux cas par an et qui est souvent grave car dépisté trop tardivement »** **« Par contre, dépisté tôt, ce cancer se soigne très bien. Les progrès de la médecine / des thérapeutiques / des traitements nous permettent de soigner 9 personnes sur 10 / 95% des malades si on le dépiste suffisamment tôt »**	-Informer le patient sur la fréquence et la gravité du cancer colorectal -Souligner l'intérêt d'un dépistage diagnostique précoce
Le cancer colorectal : histoire naturelle	**« De plus, l'avantage que nous avons aujourd'hui, c'est de pouvoir agir avant que le cancer ne soit présent/ ne se développe »** **« le test nous permet de trouver des lésions précancéreuses / qui ne sont pas encore un cancer / des polypes afin d'éviter qu'ils ne se transforment/ qu'ils ne deviennent plus tard un cancer »** **« Ces polypes se développent très lentement (10 ans) ce qui nous permet en répétant le test tous les deux ans de les enlever avant qu'ils ne deviennent un cancer »**	-Rassurer le patient -Expliquer la notion prépondérante de lésions précancéreuses -Inscrire le patient dans un dépistage biannuel : condition indispensable de succès
Comparaison à d'autres dépistages	**« La mammographie permet de dépister un début de cancer tandis que ce dépistage permet de révéler une lésion précancéreuse/ qui n'est pas encore un cancer »** **« Le dépistage du cancer colorectal permet comme le frottis du col de l'utérus que vous pratiquez de dépister une lésion qui n'est pas encore un cancer »**	-Expliquer la notion de lésion précancéreuse. -Insister sur la réalisation d'un dépistage préventif et non diagnostique
Présentation du test hémoccult	**« Le test hémoccult permet de dépister du sang microscopique / non visible/ que l'on ne voit pas dans les selles »** **« Vous avez 3 cartons avec des carrés A et B, 1 bâton par carré soit 6 bâtons » « Il faut prélever 2 petits morceaux de selle sur 3 selles successives »** **« La selle ne doit pas entrer en contact avec l'eau ou les urines, alors vous devez mettre du papier journal ou un sac pour recueillir vos selles »** **« Il faut conserver les cartons à l'air libre, à température ambiante »** **« Vous avez 10 jours pour réaliser ces prélèvements »** **« Une fois cela fini et seulement quand vous avez fini, vous mettez les 3 cartons dans le plastique et vous envoyez dans l'enveloppe pré-remplie et pré-timbrée »** **« Avez-vous bien compris la démarche à suivre ? »**	-Rappeler l'objectif du test -Décrire les différentes étapes -S'assurer de la bonne compréhension du patient
Référence au mode d'emploi	**« le mode d'emploi est très bien fait »**	-Profiter de l'aide du mode d'emploi

Avantages liés à la réalisation du test hémoccult	**« C'est un test simple », « facile à faire »** **« qui n'est pas douloureux »** **« C'est un test entièrement gratuit »** **« C'est un test qu'on peut faire à la maison »**	-Rassurer le patient -Insister sur les avantages du test
Aide proposée par le médecin	**« je vais vous montrer l'ensemble des éléments »** **« Avez-vous un transit régulier ? »** (en fonction de la réponse) **« Donc pour vous ce sera 1 selle par jour soit 3 jours de suite »** ou **« 1 selle tous les 2 jours donc 6 jours »** **« Le test n'aime pas l'eau », « le test ne supporte pas l'humidité »** **« Le réactif se trouve derrière la plaque en carton...donc il ne faut pas que le carton soit trop détrempé »** **« Le test se lit en périphérie donc il ne faut pas que votre prélèvement déborde trop : une petite lentille suffit »** **« Trois fois de suite, c'est important car s'il y a un polype qui saigne, nous avons plus de chance de le retrouver sur trois selles »** **« Vous mettez les tests au dernier moment parce que le plastique fait macérer »** **« Nous allons faire une petite démonstration avec un peu de crème ou de vaseline »**	-Montrer les différents éléments -Rassurer le patient -Responsabiliser le patient -S'assurer de la bonne compréhension du patient -Justifier les explications données -Faire une démonstration
Réception des résultats	**« Nous devrions recevoir, vous et moi, le résultat d'ici une quinzaine de jours »** **« Si vous avez une question sur vos résultats, n'hésitez pas à me contacter »**	-Favoriser l'accompagnement

Résultat négatif	**« Dans la majorité des cas, plus de 9 fois sur 10, le résultat est négatif, c'est-à-dire que l'on ne retrouve pas de sang dans les selles »** **« Si entre ces deux années, vous avez des problèmes intestinaux, du sang dans les selles, une modification de poids brutal, vous venez me consulter comme à votre habitude »** **« C'est très bien MAIS comme je vous l'ai expliqué précédemment, il faut refaire le test tous les deux ans pour être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose / d'un polype /d'un problème débutant »** **« Avez-vous compris pourquoi il faut refaire ce test tous les deux ans ? »** **« Avez-vous compris pourquoi si nous ne faisons pas ce test tous les deux ans nous ne serons pas efficaces ? Nous risquons de passer à côté de quelque chose… »**	-Prendre en considération la peur générée par les résultats -Rassurer le patient -Avertir le patient sur l'intérêt de consulter en cas de symptômes d'intervalle -Nouvelle opportunité d'inscrire le patient sur la réalisation d'un dépistage biannuel -Tester la bonne compréhension du patient permet de l'impliquer
Test positif	**« Dans moins d'un cas sur dix (3%), le test va être positif, c'est-à-dire que nous avons retrouvé un peu de sang dans les selles et à ce moment là, il faut accepter de réaliser une coloscopie »** **« il faut accepter de réaliser une coloscopie ».**	-Informer sur la signification d'un test positif -Convaincre le patient de réaliser une coloscopie (garder à l'esprit que 15% des patients ayant un résultat positif ne font pas la coloscopie)
La coloscopie	**« Savez vous ce qu'est une coloscopie ? »** **« C'est passer une petite caméra qui nous permet de voir à l'intérieur vos intestins. D'accord ? »** **« Un examen sous anesthésie générale où on passe un tube dans l'intestin et on va voir ce qui se passe »** **« vous ne sentez rien, ce n'est pas douloureux »**	-Tester les connaissances de son patient, expériences personnelles -Expliquer le déroulement de l'examen
Résultat de la coloscopie	**« Dans 5 cas sur 10, nous ne trouvons pas de problème et nous continuerons de surveiller »** **« Dans 4 cas sur 10, nous trouvons un polype », « Et seulement dans 1 cas sur 10, nous trouvons un cancer qui quand nous le dépistons tôt se soigne très bien ». (94% de survie à 5 ans)**	-Dépistage « préventif » d'une lésion précancéreuse -Rassurer le patient -Intérêt du dépistage précoce

Faux négatifs	« **C'est un test qui ne dépiste pas tous les problèmes notamment parce que les lésions saignent de façon intermittente mais dans la répétition du test et la surveillance d'éventuels symptômes, nous pouvons dépister une grande majorité des lésions** » Certains résultats faussement négatifs sont attribués à la prise de fortes doses de vitamine C *	-Rassurer le patient -Inscrire le patient sur un dépistage biannuel (vision long terme) -S'assurer que son patient ne consomme pas des fortes doses de vitamine C*
Faux positifs	Le test hémoccult est un test hautement spécifique (98%). Nous ne retrouvons que 2% de FP. Des résultats faussement positifs sont théoriquement possibles en cas d'ingestion de viandes rouges ou de certains fruits et légumes (navets, brocolis, choux fleurs, radis, melon…) ayant une activité peroxydase, de prise d'AINS dont l'aspirine, de saignement gynécologique ou lié à des hémorroïdes	-Difficultés pour discuter avec le patient du cas des FP. -Risque de démotiver le patient
Place de la prévention primaire	Nouvelle Etude Danoise [35] qui a permis d'élaborer un score comprenant 5 règles d'hygiène de vie permettant de réduire la mortalité du cancer colorectal de 23% : tour de taille moins de 88 cm femme, 102 pour les hommes, qualité de l'alimentation, consommation d'alcool (7 verres par semaine pour les femmes et 14 verres pour les hommes), ne pas fumer, un minimum de 30 min d'activité physique par jour.	-Introduire des éléments de prévention primaire (Nouvelles perspectives) -Pas de recommandation actuellement disponible en France

5.5 Place de la prévention primaire du cancer colorectal

Les causes du cancer colorectal sont partiellement connues : sédentarité, régime alimentaire, excès calorique, consommation d'alcool et de tabac [6]. Ces règles d'hygiène de vie ne font pas actuellement l'objet de recommandation de bonnes pratiques.

Cependant, une étude Danoise publiée récemment relance le débat sur l'importance de la prévention primaire du cancer colorectal. Cette étude prospective sur 55 000 personnes suivies pendant 10 ans a montré qu'on pouvait réduire de 23% la mortalité du cancer colorectal grâce à la prévention primaire. Elle a permis d'élaborer un score comprenant 5 règles d'hygiène de vie : tour de taille de moins de 88 cm femme, 102 pour les hommes, qualité de l'alimentation, consommation d'alcool (7 verres par semaine pour les femmes et 14 verres pour les hommes), ne pas fumer, un minimum de 30 minutes d'activité physique par jour.

De plus, elle avance que chaque facteur représenterait un poids de 13%. C'est-à-dire qu'en agissant sur un des facteurs, on pourrait diminuer la probabilité de développer un cancer de 13%.

Ces chiffres ne sont pas transposables du Danemark à la France mais dans l'attente d'études d'envergure sur notre territoire, ces premiers résultats significatifs, nous incitent à reconsidérer la place de la prévention primaire dans la prise en charge du cancer colorectal.

Dans notre étude, aucun des médecins ne parlait de prévention primaire. Face aux résultats de cette nouvelle étude danoise, il serait souhaitable que les médecins traitants utilisent la consultation de délivrance pour rappeler ces règles de vie et leur impact sur la survenue d'un cancer colorectal [35].

5.6 Le patient : véritable « vecteur d'information »

Une étude américaine de 2009 parue dans la revue Patient Education and Counseling relève les raisons données par le patient pour accepter de faire le dépistage du cancer colorectal. Parmi ces raisons, nous trouvons qu'un ami ou un membre de la famille les y a poussés ou qu'ils connaissent autour d'eux une personne touchée par le cancer du colorectal [36]. Ces résultats sont mentionnés dans d'autres études. Certaines d'entre elles constatent que les membres d'un couple réalisent plus le test que les personnes n'étant pas en couple (célibataire, divorcés, veuf) [6 ; 37].

Dans certains pays, il a d'ailleurs été montré qu'inviter les couples augmentait le taux de participation.

Certains sociologues nous rappellent que le patient est un moyen de communiquer. Il véhicule une information et le partage avec sa famille, ses proches mais aussi d'autres professionnels de la santé [38].

La consultation de délivrance du test de dépistage n'est pas seulement l'occasion pour le médecin de s'adresser à son patient mais ce dernier s'adresse en réalité à un ensemble de patients constitué par les amis, la famille, les collègues de celui ci.

Dans un monde où les réseaux sont formalisés, comme le montre le succès de Facebook, la portée de la consultation de délivrance n'est plus à sous-estimer et la formation des médecins doit être valorisée en ce sens.

5.7 Le dépistage manque d'une identité forte

Un fait nous a interpelés : les médecins de notre étude évoquent à plusieurs reprises *« la sécurité sociale »* alors qu'il s'agit en réalité des structures de gestion du dépistage. Nous pensons que le fait de mentionner la sécurité sociale n'est pas anodin.

Effectivement, quand le médecin dit à son patient *« Les dames de la sécurité sociale lisent le test »*, nous comprenons bien que le médecin utilise la sécurité sociale comme une valeur de référence pour le patient et non dans le cadre de son véritable rôle.

La mention d'un organisme connu par le patient et qui véhicule des valeurs liées à l'organisation des soins et au remboursement amène de la crédibilité à son discours. Le médecin utilise le label *« sécurité sociale »* pour encourager le patient.

Mais pourquoi ne se réfère-t-il que rarement aux différents organismes de gestion ? Ce sont bien ces organismes qui forment les médecins et invitent les patients.

Nous pouvons donner plusieurs éclaircissements à ce phénomène.

Remettons le patient au centre du dispositif et mettons nous à sa place. Le patient reçoit une invitation d'un organisme départemental dont il connait à peine le nom sous réserve d'enquête sérieuse alors que les études montrent qu'il souhaiterait y voir apparaitre le nom de son médecin traitant. Dans une étude qualitative française reposant sur des focus groupes patients [16], certains patients affirmaient que l'invitation au dépistage envoyée par les organismes de gestion leur faisait penser à une publicité.

De plus, les campagnes de communication ne soutiennent pas l'image et le nom de ces organismes de gestion. Effectivement, il existe pour chaque département un nom (sigle) d'organisme différent. Il n'existe pas d'identité[2] commune sur laquelle il est possible de

[2] L'identité de marque est la résultante dans l'esprit des consommateurs de l'ensemble des caractéristiques de la marque.

«capitaliser », c'est-à-dire d'attribuer à notre label des valeurs fortes (fidélité, notoriété, qualités perçues, gratuité …) reconnues par la population.

Imaginons qu'une marque de distribution telle que DECATHLON qui véhicule une image associée au sport, au bien être, à la qualité soit *« déclinée [3]»* par département (…) le client serait perdu et l'enseigne connaitrait un déclin certain.

Comment envisager dans un monde dirigé par le Marketing et l'information de ne pas utiliser les mêmes arguments quand il s'agit de la santé de nos populations ?

Le médecin ainsi perdu dans cet environnement ne peut pas donner de repères clairs à ses patients et préfère citer la sécurité sociale pour faire passer son message.

Nous pensons que la création d'un label fort tel que *« France Prévention »* identifiable par la population et véhiculant des valeurs en accord avec la médecine préventive que nous imaginons pour demain serait un nouveau point de départ à donner à la campagne de médiatisation.

[3] « Déclinée » par département : apparaitre sous des appellations différentes selon le département.

6. CONCLUSION

Depuis 2008, le dépistage du cancer colorectal a été généralisé sur l'ensemble du territoire français. L'objectif de 50% de taux de participation est la condition indispensable à l'efficacité de ce dépistage. A ce jour, seulement deux départements ont atteint ce taux.

De nombreuses études sur les *« facilitateurs »* et *les « freins »* au dépistage ont été publiées mais aucune ne s'intéressait à la consultation de délivrance.

Ce moment crucial où le médecin informe le patient et lui délivre le test hémoccult est une étape indispensable pour réussir le dépistage dans la population cible. Nous avons donc consacré notre étude à analyser de façon détaillée le déroulement, le contenu, la formulation et les fonctions de la communication de cette consultation. Notre travail reposait sur l'enregistrement audio de 22 consultations médicales par 5 médecins traitants.

Dans cette étude, nous avons voulu sensibiliser les médecins sur le besoin d'information des patients sur le cancer colorectal et le test de dépistage. Si nous souhaitons atteindre un taux de participation de 50%, les médecins doivent proposer de façon plus systématique le test mais également ne pas se limiter à des explications techniques lors de la délivrance de ce test.

Atteindre cet objectif demande au médecin d'impliquer le patient sur un dépistage biannuel.

Effectivement, il existe trop souvent une confusion entre un test diagnostique et un test de dépistage. Nous avons rappelé que le test de dépistage du cancer colorectal ne trouve sa justification que dans le cadre d'un dépistage préventif répété tous les deux ans.

Le dépistage de lésions précancéreuses représente la véritable valeur de ce test. Il faut insister sur cette valeur auprès des patients et des médecins. Certains organismes de gestion l'ont bien compris et ont changé le nom du *« dépistage du cancer colorectal »* en *« Prévention et dépistage du cancer colorectal ».*

Dans le cadre de cette consultation de prévention, nous avons noté que le médecin pourrait rappeler des mesures d'hygiène simples (qualité de l'alimentation, consommation d'alcool,

surpoids, ne pas fumer, un minimum de 30 minutes d'activité physique par jour) et leur impact sur la survenue d'un cancer colorectal.

Notre travail s'est également intéressé à la communication entre le médecin et son patient. Nous avons tenu à sensibiliser les médecins sur l'importance de la communication et sur l'impact qu'elle peut avoir sur le comportement du patient. Nous avons noté qu'une approche centrée sur le patient permettrait au médecin, sans perte de temps, d'obtenir une meilleure implication de son patient.

Il serait bon de proposer aux étudiants en médecine aussi bien qu'aux médecins en exercice des formations portant sur la communication médicale. L'enregistrement audio voire audiovisuel des consultations serait un moyen d'autoévaluation intéressant, notamment dans le cadre de la formation continue.

Afin d'améliorer les pratiques des médecins, nous avons proposé une consultation type regroupant les informations majeures de cette consultation de délivrance et des éléments visant à améliorer la communication avec les patients. Dans le contenu de cette consultation type, nous avons tenu à souligner particulièrement que la recherche du niveau de risque des patients doit être le préalable indispensable à toute consultation de délivrance.

Notre travail fera l'objet d'un essai d'intervention de formation auprès des médecins généralistes du Val d'Oise.

Dans un environnement où l'information circule très facilement, notamment grâce au développement d'internet, nous avons souhaité introduire la notion d'un *« patient vecteur d'information ».* Lors de la consultation médicale, confrontation entre un savoir populaire et un savoir scientifique, le médecin donne au patient des éléments de compréhension et des arguments en faveur du dépistage. Ces connaissances acquises constituent le nouveau *« savoir*

populaire du patient » et il va les partager avec sa famille, ses amis, ses collègues, ses réseaux !!

Le médecin doit prendre conscience qu'il a les moyens de faire avancer notre société vers une véritable *« culture de la prévention ».*

Le plan cancer 2009 - 2013 œuvre dans ce sens. Il réaffirme la place centrale du médecin dans le cadre des actions de dépistage et de prévention mais lui donne-t-il les moyens opérationnels, financiers d'agir efficacement ? Les pouvoirs publics offrent-ils tout le soutien nécessaire au médecin traitant dans l'accomplissement de ses missions ?

La rémunération à l'acte ne semble plus adaptée à la pratique de la médecine de prévention et de dépistage et les forfaits proposés ne sont pas assez incitatifs.

De plus, le médecin a besoin du soutien d'une organisation forte pour l'accompagner dans sa mission de prévention.

Comme nous l'avons vu précédemment, il faudrait renforcer l'image du dépistage au sein de la campagne médiatique en faisant émerger une véritable identité commune sur le plan national et sur le plan local, au niveau des structures de gestion. Le manque d'un label fort soutenant le dépistage et le médecin traitant dans sa tâche quotidienne parait préjudiciable.

Nous pourrions imaginer un label « France Prévention » dans lequel patient et médecin retrouveraient les mêmes valeurs : santé, prévention, dépistage, accompagnement, vivre mieux … A nous de définir ces valeurs de demain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bretagne J-F, Manfredi S., Heresbach D., *Dépistage de masse du cancer colorectal : présent et avenir.* La Presse Médicale 2008 ; **36**(7/8) : 1054-1063.

2. Maraninchi D, Bouvier A-M, Faivre J, Viguier J, Goulard H, Launoy G et al., *Dépistage organisé du cancer colorectal en France*, BEH2 et 3/13 janvier 2009.

3. Prescrire Rédaction. *Dépistage du cancer colorectal : efficacité modeste, risques acceptables*. Rev Prescrire 2007 ; **27**(290) : 923-926.

4. *Dépistage organisé du cancer colorectal. Dossier de presse* – INCa – Septembre 2008

5. Viguier, J., *Mise en place du dépistage du cancer colorectal en France : état d'avancement et perspectives = Colorectal cancer screening in France : Progress report and prospects.* Hépato-gastro 2008 ; 15 : 8-13.

6. *Dépistage organisé du cancer colorectal : un moyen décisif pour lutter contre la 2ème cause de décès par cancer en France* – INCa – Février 2008.

7. Plan cancer 2009 2013 [En ligne]. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé Mis à jour le 2 novembre 2009. Disponible sur http://www.sante-sports.gouv.fr

8. Libion F, Doumont D. *Programme de dépistage du cancer colorectal : quelles recommandations pour quelle efficacité ? Tour d'horizon de pays occidentaux.* UCL-RESO Unité d'Education pour la Santé. Octobre 2007 ; Réf. : 07-46.

9. Bretagne J-F, Goulard H, Boussac-Zarebska M, Salines E, Bloch J. *L'état du dépistage du cancer colorectal en France en 2009.* Post'U, 2009 ; 24-29.

10. Goulard H, Boussac M, Serra D, Duport N, Bloch J. *Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal FADO-CCR*, INVS, 2008.

11. EDIFICE 2 nouveaux résultats Sein-Colon-Prostate 2008.

12. Dancourt V, Faivre J. *Epidemiology et dépistage des cancers colorectaux la revue du praticien*, 2004 ; **54** :135-142.

13. Jakobson R. *Essais de linguistique générale* : Editions de minuit, 1963 ; ISBN-13 : 978-2707301222.

14. Gimeno-Garcia, A.Z., et al., I*npact of an educational vidéo-based strategy on the behaviour procès associated with colorectal cancer screening : a randomized controlled study.* Cancer Epidemiol, 2009 ; **33** (3-4) : 216-22.

15. Stokamer, C.L., et al., *Randomized controlled trial of the impact of intensive patient education on compliance with fecal occult blood testing*. J Gen Intern Med, 2005 ; **20** (3) : 278-282.

16. Aubin-Auger I, Mercier A, Lebeau J-P, Baumann L, Peremans L, Van Royen P. *Obstacles for colorectal mass screening in general practice*, *a qualitative study with GPs and patient in France,* article en cours de parution, 2010.

17. Vicks. Et Scott A. *Agency in health care : examining patients préférences for attributes of the doctor – patient relationship,* Journal of health economics 1998 ; **5** : 587-605.

18. Richard C, Lussier M-T. *La communication professionnelle en santé*, Saint-Laurent (Québec) : erpi édition, 2005 ; **6** : 147-163, ISBN 2-7613-1518-9.

19. Blay J-Y, Eisinger F., Rixe O, Calazel-Benque A, Momère J-F, Cals L, Coscas Y, Dolbeault S, Namer M, Serin D, Roussel C et Pivot X, *Le programme Edifice : analyse des pratiques de dépistage du cancer en France*, Bull Cancer, 2008 ; **95** (11) : 1067-73.

20. Stewart M, J.B.Brown, H.Boon, J.Galajda, L.Meredith et M. Sangster. *Evidence on doctor-patient communication,* Cancer Prevention and Control, 1999 ; **3** (n°1) : 25-30.

21. Dubé C.E, Fuller B.K, Rosen R.K, Fagan M, O'Donnell J. *Men's expériences of physical exams and cancer screening tests : a qualitative study.*, Preventive Medicine, 2005 ; **40** : 628-635.

22. Levy, B.T., et al., *Why hasn't this patient been screened for colon cancer ? An Iowa Research Network study.* J Am Board Fam Med, 2007 ; **20** (5) : p. 458-68.

23. Marvel M.K, Epstein R.M, Flowers K, et Beckman H.B. *Solliciting the patient's agenda : have we improved ?* The Journal of the American Medical Association, 1999 ; **281 (3)** : 283-287.

24. Rethans Jan-Joost, Westin Steinar and Hays Richard. *Methods for quality assessment in general practice.* Family Practice 2006 ; **13** (5) : 468-474.

25. Ponchon Th, Forestier S. *Evaluation d'outils d'aide au dépistage ciblé du cancer colorectal,* Acta Endoscopica, 2009 ; **35** (n°4) : 675-680.

26. Denis B, Schon G, Ruetsch M, Grall JC, Lévêque M, Meyer JM, Moser S, Tsciember JC, Perrin P, *Dépistage des cancers : auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes*, Press Med, 2007 ; **36** : 217-23.

27. McCaffery K, Borril J, Williamson S and al. *Declining the offer of flexible sigmoidoscopy screening for bowel cancer : a qualitative investigation of the decision-making process*. Social science and médecine, 2001 ; **53** : 679-91.

28. *Freins à la participation au dépistage du cancer colorectal.* – INCa – MEDEC 19/03/08.

29. Lasser, K.E., et al., Barriers to colorectal cancer screening in community health centers : a qualitative study. BMC Fam Pract, 2008 ; **9:**15.

30. Les français face au dépistage des cancers. Enquêtes et sondages – INCa – Septembre 2009.

31. Zheng, Y.F., et al., *Factors associated with intentions to adhere to colrectal cancer scrrenong follow-up exams.* BMC Public Health, 2006 ; **6** : 272.

32. Gledel A, *Etude qualitative : freins au dépistage du cancer colorectal du côté des patients. Thèse d'exercice de médecine*. Angers : Université de médecine d'Angers, 2009.194f.

33. Giorgi Rossi, P., et al., *Understanding non-compliance to colorectal cancer screening : a case control study, nested in a randomised trial [ISRCTN83029072].* BMC Public Health, 2005 ; **5** : 139.

34. Launoy G, guittet L, Bouvier V, Berchi C. *Les nouveaux tests immunologiques de recherche de sang dans les selles pour le dépistage du cancer colorectal.* Hépato-Gastro mai-juin 2008 ; **15**/3 : 239-244.

35. Kirkegaard, H. et al. *Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: a prospective Danish cohort study.* BMJ 2010 ; **341** : c5504-c5504.

36. Wahab, S., U. Menon, and L. Szalacha, Motivational interviewing and colorectal cancer screening : a peek from the Inside out. Patient Educ Couns, 2008 ; **72**(2) : 210-17.

37. Senore C, and al. *Comparing different strategies for colorectal cancer screening in Italy: Predictors of patients' participation.* Am J Gastroenterol 2010; **105**: 188-198.

38. Castel P. *Le médecin son patient et ses pairs – Une nouvelle approche de la relation thérapeutique,* Revue française de sociologie, 2005 ; **46 (3)** : 443-467.

LISTE DES TABLEAUX

ANNEXES

ANNEXE I : approbation du comité d'éthique CPP – Ile de France Paris XI

Comité de Protection des Personnes - Ile–de–France IX
CHU Henri Mondor 51, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
94010 Créteil Tél.: 01 49 81 22 61 Fax : 01 49 81 02 81
E mail : cpp.iledefrance9@yahoo.fr
SITE : perso.orange.fr@cpp.iledefrance9

Docteur Isabelle AUBIN-AUGER
Département de Médecine Générale
Université Paris 7-Denis Diderot
16, rue Henri Huchard (Bichat)
75870 PARIS Cedex 18

Créteil, le 15 juin 2010

Chère Collègue,

Le CPP-Ile de France IX, réuni en séance du 15 juin 2010, a pris connaissance de votre demande d'avis pour votre étude intitulée: **« hémobstacle enregistrements médecins »**

Le comité confirme qu'il s'agit d'une recherche non interventionnelle, ne relevant pas de la loi Huriet modifiée. Il considère que cette étude sera conduite dans le respect des bonnes pratiques cliniques et de la réglementation française. Elle ne pose pas de problème au regard des recommandations éthiques internationales.

Restant à votre disposition, je vous prie de croire, Chère Collègue, à l'assurance de mon meilleur souvenir.

CPP - ...IX
...sonnes
...dor
...re de Tassigny
...Cedex
...9 81 02 81
...yahoo.fr
http://perso... / cpp.iledefrance9

Docteur Françoise ROUDOT-THORAVAL
Présidente du CPP-Ile de France IX

Ont participé aux délibérations :
Collège 1 : MM. CITTEE (Médecin généraliste) (T), LE BRETON (CCA en Médecine Générale) (S), Mme MACQUIN-MAVIER (PU-PH Pharmacologie Clinique) (T), M. MEARY (P.H. Psychiatrie) (S), Mmes ROUDOT-THORAVAL (MCU-PH Santé Publique - Biostatisticienne) (T), SCHULLER (Pneumologue), Tran-van-NHIEU (MCU-PH Anatomie et Cytologie Pathologie) (S).
Collège 2 : Mme BERTHELOT (association de malades), M. DANESI (Usagers) (T), Mme ROMANO (Psychologue) (T), M. SOULAS (Psychologue) (S).

L'ensemble des membres, ayant participé à la délibération, déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts avec l'investigateur principal.

ANNEXE II : caractéristiques de médecins enregistrés

		MEDECIN 1	MEDECIN 2	MEDECIN 3	MEDECIN 4	MEDECIN 5
IDENTITE	Nom médecin	Médecin P.	Médecin D.	Médecin N.	Médecin A.	Médecin C.
	Age	58 ans	52 ans	32 ans	29 ans	51 ans
	Sexe	Homme	Homme	Femme	Femme	Femme
	Date d'installation	1985	1987	2009	_	1988
	Pratique	Installé en cabinet de groupe	Installé seul	Collaboratrice en cabinet de groupe	Remplaçante non thésé en cabinet de groupe	Installé en cabinet de groupe
	Lieu d'exercice	Nice	Paris	Louvres	Soisy-sous-Montmorency	Paris 17
	Environnement	Urbain	Urbain	Semi rural	banlieue Parisienne	Urbain
FORMATIONS	Formation antérieure	Ancien formateur pour MG (Apremas)	Oui	Non	Oui	Oui
	Cadre de la formation	_	Soirée de formation	_	Faculté	Soirée de Formation
	Date de la dernière formation	_	Plus de deux ans	_	Moins d'un an	Plus de deux ans
PRATIQUE MEDICALE	Date de la première prescription du test hémoccult dans le cadre de la campagne	2006	2005	mai-08	2008	2007
	Condition de délivrance du test hémoccult	A la demande du patient avec invitation A la demande du patient sans invitation -	A la demande du patient avec invitation - -	A la demande du patient avec invitation Previent ses patients qu'ils vont recevoir un document de l'assurance maladie -	A la demande du patient avec invitation A la demande du patient sans invitation -	A la demande du patient avec invitation A la demande du patient sans invitation Proposition de dépistage en donnant N° vert
	Adaptation de l'organisation du travail à la délivrance du test	Pas d'adaptation	Pas d'adaptation	Pas d'adaptation	Pas d'adaptation	Consultation dédiée au dépistage /essaie
PARTICIPATION A D'AUTRES ACTES DE DEPISTAGES ET/OU DE PREVENTION	Dépistage du cancer du col de l'utérus	Souvent	Parfois	Activement	Souvent	Souvent
	Dépistage du cancer du sein	Parfois	Souvent	Activement	Souvent	Très souvent
	Dépistage du cancer de la prostate	Jamais	Parfois	Très souvent	Souvent	Très souvent
	Sevrage Tabagique	Parfois	Souvent	Activement	Souvent	Souvent
	Sevrage Alcoolique	Parfois	Souvent	Très souvent	Souvent	Parfois
OPINION DES MEDECINS SUR LE TEST HEMOCCULT	Expérience personnelle du médecin	Non éligible	coloscopie (Atcd familiaux)	Pas l'âge requis	Pas l'âge requis	Pas encore
	Commentaires sur le test en terme d'efficacité individuelle et dans le cadre du programme national de dépistage	C'est le moins mauvais moyen de sélection pour la coloscopie à l'heure actuelle, pas assez sensible pour un dépistage individuel (+ biais de la lecture isolée). Dépendant du recrutement au niveau collectif.	Efficace si il est fait sur une grande échelle étant donnée la faible sensibilité lié au caractère hémorragique du cancer	Beaucoup de test délivrés. Très peu de retour de résultats. Est-ce parce qu'on ne reçoit pas les résultats, ou parce que les patients ne les font pas ? De plus les résultats nous parviennent tardivement, parfois plus de 2 mois après la réalisation et plusieurs patients apparaissent sur la même feuille ce qui n'est pas pratique pour le secret médical. La réalisation technique n'est pas clairement explicitée sur le dépliant (exemple : les selles ne doivent pas entrer en contact avec l'eau ou les urines), ni le délai de conservation des selles... Ne serait-il pas mieux de pouvoir délivrer le test sans invitation ?	Convaincue	Efficacité à large échelle

ANNEXE III –Caractéristiques des patients enregistrés par les médecins – Médecin C

Médecin C															
Patient	**Sexe**	**Age**	**CSP**	**ATCD**	**Enregistrement consultation N°**	**Date de la consultation**	**Durée de la consultation**	**Motif de la consultation**	**Antériorité du dépistage**	**Recommandation**	**Réaction à la délivrance**	**Compréhension du test perçue**	**Arguments ayant sensibilisé le patient**	**Le patient réalisera t-il le test ?**	**Commentaire du médecin**
PATIENT 1	Femme	72 ans	Sans profession	Aucun	1	14/09/2010	7 min 36	Résultat d'examen complémentaire	1er test hémoccult	Invitation au dépistage	Très favorable	Mauvaise compréhension	Favorable à la prescription de son médecin	Oui, probablement	Commentaire du médecin
PATIENT 2	Homme	71 ans	Cadre à la retraite	HTA IR	2	14/09/2010	4 minutes 46	Pathologie urinaire	Tous les 2 ans	Invitation au dépistage	Très favorable	Bonne compréhension	Favorable à la pratique d'un dépistage organisé	Oui, certainement	–
PATIENT 3	Femme	70 ans	Sans profession	HTA	3	27/09/2010	5 minutes 36	Vaccination	Tous les 2 ans	Invitation au dépistage	Très favorable	Bonne compréhension	Favorable à la pratique d'un dépistage organisé	Oui, certainement	–
PATIENT 4	Homme	51 ans	Cadre supérieur	Aucun	4	27/09/2010	5 minutes 34	Test hémoccult	1er dépistage	Invitation au dépistage	Peu récéptif	Bonne compréhension	Très simple	Ne sais pas	Pas investi

Suite annexe III – Médecin D.

Médecin D															
Patient	**Sexe**	**Age**	**CSP**	**ATCD**	**Enregistrement consultation N°**	**Date de la consultation**	**Durée de la consultation**	**Motif de la consultation**	**Antériorité du dépistage**	**Recommandation**	**Réaction à la délivrance**	**Compréhension du test perçue**	**Arguments ayant sensibilisé le patient**	**Le patient réalisera t-il le test ?**	**Commentaire du médecin**
PATIENT 5	Homme	55 ans	Ouvrier	Pas d'ATCD	5	04/06/2010	6 min 15	Test hémoccult	1er test hémoccult	Invitation au dépistage	favorable	Bonne compréhension	Dépistage organisé	Oui, certainement	Commentaire du médecin
PATIENT 6	Homme	52 ans	Cadre	Diabète	6	08/06/2010	4 min 52	Renouvellement ordonnance	1er test hémoccult	Invitation au dépistage	Très favorable	Très bonne compréhension	Dépistage organisé	Oui, certainement	–
PATIENT 7	Homme	53 ans	Producteur vidéo	Dépression, alcoolodépendant, sciatique, HTA	7	11/06/2010	7 min 09	Test hémoccult	1er test hémoccult	Invitation au dépistage	très favorable	Très bonne compréhension	Dépistage organisé	Oui, certainement	–
PATIENT 8	Femme	62 ans	Retraitée	Bonne sœur	8	21/06/2010	3 minutes 45	Renouvellement ordonnance	2ème dépistage	Invitation au dépistage	Très favorable	Bonne compréhension	Dépistage organisé	Oui, certainement	–

Suite Annexe III – Médecin A.

Médecin A															
Patient	**Sexe**	**Age**	**CSP**	**ATCD**	**Enregistrement consultation N°**	**Date de la consultation**	**Durée de la consultation**	**Motif de la consultation**	**Antériorité du dépistage**	**Recommandation**	**Réaction à la délivrance**	**Compréhension du test perçue**	**Arguments ayant sensibilisé le patient**	**Le patient réalisera t-il le test ?**	**Commentaire du médecin**
PATIENT 9	Femme	57 ans	Femme de ménage	Cancer sein 95 (rx, chimio, chir), colopathie fonctionnelle, pas de facteurs de risque cardio vasculaire, troubles du sommeil	9	03/06/2010	6 min 04	Renouvellement ordonnance (hypnotique)	1er test hémoccult	Invitation au dépistage	Favorable	Bonne compréhension	Test simple/ test peu invasif	Oui, certainement	–
PATIENT 10	Homme	53 ans	Artisan/commerçant	HTA	10	08/06/2010	5 min 04	Rhinopharyngite	1er test hémoccult	Son médecin généraliste	Favorable	Bonne compréhension	Dépistage organisé	Oui, probablement	–
PATIENT 11	Homme	66 ans	Retraité fonction publique	DNID	11	09/06/2010	3 min 10	Renouvellement ordonnance	1er test hémoccult	Son médecin généraliste	Favorable	très bonne compréhension	Dépistage organisé	Ne sais pas	Le patient avait l'air peu convaincu, son épouse l'a fait mais n'est pas très motivée pour le refaire
PATIENT 12	Femme	65 ans	Retraitée	Syndrome dépressif majeur	12	09/06/2010	4 min 46	Renouvellement ordonnance	2 ème test hémoccult (1er en 2008)	Invitation au dépistage	Très favorable	Bonne compréhension	Dépistage organisé / Test simple	Oui, certainement	Son épouse a fait le dépistage et on lui a découvert un polype
PATIENT 13	Homme	67 ans	Retraité	Pas d'ATCD	13	11/06/2010	6 min 56	Test hémoccult	1er test hémoccult	Invitation au dépistage	Très favorable	Très bonne compréhension	Dépistage organisé / test simple / remboursement 100%	Oui, certainement	–

Suite ANNEXE III – Médecin P.

Médecin P

Patient	Sexe	Age	CSP	ATCD	Enregistrement consultation N°	Date de la consultation	Durée de la consultation	Motif de la consultation	Antériorité du dépistage	Recommandation	Réaction à la délivrance	Compréhension du test perçue	Arguments ayant sensibilisé le patient	Le patient réalisera t-il le test ?	Commentaire du médecin
PATIENT 14	Femme	57 ans	Ouvrier	Pas d'ATCD	14	23/07/2010	3 min 48	Ne vient pas pour le test hémoccult	1er test	Invitation au dépistage	Très favorable	Très bonne compréhension	Dépistage organisé/prescrip-tion de son médecin/rembour-sement 100%	Oui, certainement	Commentaire du médecin
PATIENT 15	Femme	56 ans	Ouvrier	Pas d'ATCD	15	23/07/2010	2 min 49	Ne vient pas pour le test hémoccult	Test regulier tous les 2 ans	Invitation au dépistage	Très favorable	Bonne compréhension	Dépistage organisé/prescrip-tion du médecin/test simple/peu invasif/remboursement 100%	Oui, certainement	–
PATIENT 16	Femme	66 ans	Retraité fonction publique	Pas d'ATCD	16	23/07/2010	7 min 16	Test hémoccult	1er test	Invitation au dépistage	Très favorable	Bonne compréhension	Dépistage organisé/prescription du médecin/test simple/peu invasif/ remboursement 100%	Oui, probablement	–
PATIENT 17	Femme	65 ans	Retraitée	HTA	17	22/08/2010	8 min 28	Ne vient pas pour le test hémoccult	1er test	Invitation au dépistage	Très favorable	Bonne compréhension	Test peu invasif/remboursement 100%	Oui, certainement	Incitée par la coloscopie de sa sœur
PATIENT 18	Homme	67 ans	Retraité	Arthrose	17	22/08/2010	8 min 28	Ne vient pas pour le test hémoccult	1er test	Invitation au dépistage	Très favorable	Bonne compréhension	Test peu invasif/remboursement 100%	Oui, certainement	Incitée par coloscopie de sa belle sœur

Suite ANNEXE III – Médecin N.

Médecin N															
Patient	**Sexe**	**Age**	**CSP**	**ATCD**	**Enregistrement consultation N°**	**Date de la consultation**	**Durée de la consultation**	**Motif de la consultation**	**Antériorité du dépistage**	**Recommandation**	**Réaction à la délivrance**	**Compréhension du test perçue**	**Arguments ayant sensibilisé le patient**	**Le patient réalisera t-il le test ?**	**Commentaire du médecin**
PATIENT 19	Homme	59 ans	Cadre	Pas d'ATCD	18	01/04/2010	2 min 22	Pas pour le test hémoccult	1er test hémoccult	Invitation au dépistage	Favorable	Bonne compréhension	Test peu invasif	Oui, certainement	Commentaire du médecin
PATIENT 20	Femme	56 ans	Cadre	Asthme	19	19/04/2010	2 min 18	Pas pour le test hémoccult	1er test hémoccult	Invitation au dépistage	Très favorable	Très bonne compréhension	Dépistage organisé / test peu invasif	Ne sais pas	–
PATIENT 21	Homme	66 ans	Retraité fonction publique	HTA	20	17/05/2010	5 min 01	Pas pour le test hémoccult	1er test hémoccult	Invitation au dépistage	Favorable	Bonne compréhension	Favorable à la pratique d'un dépistage organisé	Oui, probablement	–
PATIENT 22	Femme	65 ans	Retraitée	DNID	21	17/05/2010	4 min 27	Pas pour le test hémoccult	1er test hémoccult	Invitation au dépistage	Favorable	Bonne compréhension	Test peu invasif	Oui, probablement	–
PATIENT 23	Homme	67 ans	Retraité	DNID	22	20/05/2010	2 min 28	Pas pour le test hémoccult	1er dépistage	Invitation au dépistage	Indifférent	Bonne compréhension	Test simple	Non, ne pense pas	–

ANNEXE IV : Retranscription de l'ensemble des 23 enregistrements

Médecin C
Entretien 1
Date de l'enregistrement : 14/09/2010
Durée de l'enregistrement : 7 minutes 36 secondes

M : Donc Mme L. , je vais vous donner le test hémoccult pour rechercher la présence de sang au niveau des selles. C'est un test que vous pratiquez à la maison. C'est moi qui vous donne ce test et je vais vous montrer comment on l'utilise.
P : Comment on l'utilise…
M : C'est un petit peu long parce qu'il faut que je colle des étiquettes, parce que vous allez recevoir le résultat et moi aussi je reçois le résultat. Donc c'est un test de dépistage que l'on fait jusqu'à l'âge de 74 ans. Vous voyez ?
P : J'ai encore un autre devant moi …après on est trop vieux, on peut crever…
M : Non, non, c'est pas cela…
P : Ah bon.
M : C'est entre…il fallait bien mettre âge limite donc c'est entre 50 ans et 74 ans.
(blanc court)
(médecin ouvre documents)
M : Donc vous voyez je colle les étiquettes avec mon nom et les étiquettes avec votre nom. Donc là je vais remplir…votre nom, votre prénom gisele et votre date de naissance.
P : 23 decembre 1937.
M : Aujourd'hui nous sommes le 14/09/2010.. et je vais voir votre numéro de sécurité sociale…
P : XXXXXXXXXX
M : et quelle est votre adresse ?
P : XXXXXX
M : (remplit des fiches)
M : Donc vous avez une grande enveloppe blanche que vous gardez.
P : Oui docteur.
M : Car elle vous servira à envoyer les tests par la poste.
P : Oui.
M : Dans cette grande enveloppe blanche, je mets le papier bleu.
P : oui, oui.
M : Donc vous le laissez, vous n'y touchez pas, cela sera pour vous identifier.
P : Très bien. Et je l'envoie à l'adresse ?
M :Voilà. Vous avez une petite pochette où il y a trois tests en carton dedans.
P : Oui, d'accord.
M : Les tests ressemblent à çà. (médecin montre) Il y a en a trois et ce sont des tests qui comportent deux fenêtres, une fenêtre A et une fenêtre B et vous avez un petit bâton. Un baton pour la fenêtre A et un baton pour la fenêtre B.
P : Oui.
M : Donc vous avez six bâtons. Puisqu'il y a…
P : Trois paquets et six petits bâtons.
M : Alors le but est de recueillir un petit peu de selles…
P : Oui.
M : Mais avec le bout de la spatule, mais il faut mettre la valeur d'un grain de riz.
P : Très bien.
M : Il y a des choses importantes à savoir. C'est à dire que le réactif se trouve derrière ici, donc il ne faut pas que le carton soit détrempé par de l'eau, qu'il soit gondolé sinon on ne peut plus lire le réactif…
P : très bien…
M : Donc il ne faut pas que les selles touchent l'eau des toilettes.
P : Non, non.
M : Alors pour que les selles ne touchent pas l'eau des toilettes.
P : Oui ?
M : On vous conseille de coincer un sac poubelle sous l'abattant des toilettes.
P : D'accord.
M : Comme cela, le sac poubelle, il vous permet de faire un recueil de selle sans toucher l'eau des toilettes
P : Très bien. D'accord ou faire dans une cuvette, ce serait pas plus simple ?
M : Il faut que ce soit le plus simple pour vous…
P : Oui, oui, parce que les toilettes….c'est à tout le monde où j'habite.
M : ah bon. Ah pardon.
P : C'est pour cela que je ne pourrai pas.
M : D'accord.
P : J'ai peur d'être gênée. Je fais dans une cuvette vide…
M : Sinon vous faites avec des papiers au fond…
P : Ne vous inquiétez pas, je fais dans une cuvette très propre.
M : Il est recommandé de faire ce test sur les trois selles qui se suivent dans le temps
P : D'accord.
M : Dans un délai de 10 jours maximum.
P : D'accord.

M : C'est-à-dire que si vous avez une selle par jour, cela se fait en trois jours, si vous avez trois selles en une seule journée et bien c'est un test que vous faites en une seule journée.
P : J'ai compris. Mais je ne fais qu'une selle par jour, le matin. Ce sera donc trois jours de suite.
M : Une fois que vous avez mis un petit peu de selles vous laissez à l'air libre.
P : Pour que cela sèche.
M : Oui, voilà à l'air libre…je sais plus ou c'est écrit… mais pour que le carton ait le temps de sécher.
P : Oui, mais c'est un peu logique.
M : Une fois que vous avez fait vos trois tests, vous les mettez dans cette pochette hermétique.
P : D'accord. Très bien.
M : Que vous scotchez.
P : D'accord.
M : Et c'est cette pochette hermétique que vous mettez dans la grande blanche. Est-ce que c'est clair?
P : A très bien.
M : Je vous laisse le mode d'emploi que vous lirez à tête reposée.
P : Voilà, ça, ça…j'ai ce petit….vous l'avez ouvert l'autre, où est il ?…..
M : Celui-là est fermé…celui là est fermé…
P : Enfin j'ai compris…alors je prends un petit morceau comme ça, je le trempe dans mes selles, je le dépose là et là c'est quoi le B ?
M : Vous prenez un autre bâton vierge et vous essayez de prendre un autre endroit de la selle pour qu'il y ait deux endroits différents.
P : D'accord. Ah un autre endroit de la selle. Je laisse sécher, je referme, je mets dans le sac et je mets… J'ai très bien compris, c'est très clair. Vous avez été très explicite.
M : Et donc je vous met tout dedans pour ne rien perdre. Vous relisez à tête reposée
P : Je vais prendre la notice d'emploi …Ne vous inquiétez pas. Attendez je vais tout ranger pour que ce soit bien comme il faut…
M : Et bien écoutez, merci bien.
P : Pourquoi merci ?!

Médecin C
Entretien 2
14/09/2010
4 minutes 39 secondes

M : Donc Mr T., en effet, vous avez déjà fait un hémoccult en septembre 2008. Donc c'est un test qui fait parti d'un dépistage préventif de recherche de sang microscopique dans les selles qui permet de rechercher si le test est positif, si il y a des polypes au niveau de vos intestins.
P : Oui.
M : Donc vous allez avoir, je sais que vous connaissez, vous allez avoir dans cette pochette trois test qui ont chacun une petite fenêtre. (médecin montre). Voilà. Et vous avez les petits bâtons.
P : Oui.
M : Pour prendre un peu de selle de la taille d'un grain de riz.
P : Oui, d'accord.
M : Pour mettre un bâton par fenêtre, donc il y a six bâtons.
P : Oui.
M : Ce test est à faire sur trois selles successives. C'est important que ce soit trois selles qui se suivent dans le temps.
P : Ah bon ? trois ?
M : Si vous allez deux fois par jour, en un jour et demi, vous avez terminé, si vous avez une selle tous les trois jours, cela fait neuf jours. Voilà. C'est trois selles qui suivent dans le temps et je vous rappelle une chose d'important c'est que le réactif se trouve derrière la plaque en carton
P : hum…
M : Donc il ne faut pas que le carton soit trop détrempé, trop mouillé…
P : Ah, oui.
M : Donc les selles ne doivent pas toucher l'eau des toilettes.
P : Ah, ah.
M : Donc il est conseillé de mettre un sac poubelle sous l'abattant des toilettes, comme ça vous avez la selle qui ne touche pas l'eau des toilettes.
P : Ah d'accord.
M : C'est plus pratique, c'est plus facile. Comme ça…qu'est ce que je vous dire aussi….quand vous avez finit de mettre un petit grain de riz de chaque côté.
P : hum…
M : Vous laissez sécher à température ambiante.
P : hum…
M : Pour que le carton soit toujours bien sec.
P : D'accord.
M : Quand vous avez fini les trois tests vous les mettez dans cette pochette hermétique.
P :Ok.
M : Que vous pouvez scotchez et après cette pochette verte vous la mettez dans cette enveloppe blanche qui permet d'envoyer. Est-ce que c'est clair ?
P : Oui, c'est clair.
M : A peu près, je vous laisse un mode d'emploi qui est nouveau et qui rappel tout…
P : D'accord. Il n'était pas la dernière fois, je pense…

M : Et puis…voilà, ils ont changé le mode d'emploi, je le trouve un peu plus clair. (blanc court). Est-ce que vous avez des questions à me poser ?
P : …C'est trois ?
M : Trois de suite, c'est important parce que si il y a un polype qui saigne, car si il y un polype qui saigne, on a plus de chance de retrouver un saignement sur trois selles qui se suivent dans le temps.
P : D'accord.
M : Sinon vous avez des étiquettes à coller parce que, vous allez recevoir le résultat de l'hémoccult et moi aussi.
P : Ah d'accord.
M : Donc il faut que nous ayons chacun nos étiquettes pour que …nous soyons identifiés.
(médecin colle les étiquettes)
M : Il vous reste deux étiquettes, vous en collerez une sur la pochette verte…
P : D'accord.
M : Pour l'envoi, que cela soit bien…
P : D'accord.
M : Qu'on vous retrouve bien. Donc c'est sur celle là….(médecin colle l'étiquette)….vous en aurez une….très bien Mr T. , je vous remercie bien.

Médecin C
Entretien 3
27/09/2010
5 minutes 30 secondes

M : Je vais vous redonner le test hémoccult que vous avez déjà fait il y a deux ans…
P : Oui c'est exact.
M : Et le résultat était bien. Donc la méthode du test hémoccult n'a pas changé, je vais vous le rappeler et on va regarder ensemble le mode d'emploi parce qu'il est différent cette fois ci d'il y a deux ans, le papier bleu on le laisse dans l'enveloppe blanche, vous ne le touchez pas il sert à vous identifiez et a m'identifier moi aussi, car vous allez recevoir le résultat et moi aussi !
P : Bien.
M : Vous avez les trois plaquettes cartonnés qui se trouvent dans cette emballage.
P : Oui.
M : Vous avez cette emballage qui est ici dans lequel vous mettrez les trois tests quand ils seront remplis…C'est une pochette hermétique.
P : Oui.
M : Que vous collez ici.
P : D'accord
M : Et on va coller votre étiquette la dessus, votre étiquette avec votre code barre. On va mettre ça comme ça (Médecin colle les étiquettes)
P :
M : Voilà donc ça sera pour vos trois plaquettes,
P : Ah, il faut mettre les trois plaquettes.
M : Les trois plaquettes dedans, vous fermez et vous mettez dans la grande enveloppe blanche.
P : oui.
M : En effet, il y a un emballage supplémentaire. Donc ici je vous rappelle les trois plaquettes en carton avec les 2 fenêtres A et B…
P :Oui
M : Sur lesquelles vous allez mettre un peu de selle avec un petit bâton à usage unique pour le cadre A et un autre petit bâton pour le cadre B.
P : D'accord.
M : Et ainsi pour les 2 autres tests.
P : D'accord. Oui
M : Il faut que ce soit de la grosseur d'un grain de riz.
P : D'accord.
M : (blanc court) Donc vous avez sur ce mode d'emploi qui est très bien fait, ils reprennent un par un tout ce que je viens de faire avec la feuille bleue que je mets dans l'enveloppe, les différents emballages avec les trois plaquettes, les étiquettes et voilà le conseil qu'ils donnent pour que les selles ne touchent pas l'eau des toilettes.
P : Oui.
Ils conseillent de placer un sac poubelle dans l'abattant des toilettes, je trouve que c'est aussi astucieux car il ne faut pas que la selle soit trop détrempée pour que le réactif, vous savez ?
P : Oui, oui.
M : …Se trouve derrière le carton
P : D'accord.
M : Donc si c'est détrempé, c'est gondolé, le réactif n'est plus lisible.
P : Bien sûr.
M : Donc la selle ne doit pas toucher l'eau des toilettes et vous voyez, vous mettez la valeur d'un grain de riz sur chaque
P : D'accord.
M : Il est préférable, si c'est possible, de prendre à deux endroits différents de la selle pour optimiser les chances de trouver un peu de sang microscopique dans les selles.
P : Donc deux endroits différents, un pour A, un pour B.
M : Exactement.
P : Normalement vous devez faire sur trois selles successives, c'est pour ça qu'ils ont mis « jour un » et normalement vous avez le « jour deux » et le « jour trois » si vous avez une selle par jour. Si vous avez une selle tous les deux jours, c'est pas grave. Il faut que ça soit…
P : En succession.
M : Il faut que ça soit trois selles successives dans le temps.

P : Et si j'ai deux selles successives le même jour ?
M : Voilà, vous faites deux fois le même jour et une fois la prochaine selle.
P : D'accord.
M : Il y a des gens qui peuvent faire cela en une seule journée et vous avez un délai de dix jours pour faire les trois prélèvements.
P : D'accord.
M : De trois selles successives….quand vous avez fini, vous le laissez reposer à température ambiante finir de sécher avant de le mettre dans cette opercule qui est très
P : Cette enveloppe qui est recouverte d'alu…
M : Voilà.
P : Donc il faut le laisser sécher à l'air.
M : Voilà, vous laissez sécher pour que le carton soit bien sec.
P : Oui.
M : Pour qu'il n'y est pas de risque de condensation et que le réactif soit bien lisible.
P : Bon.
M : Voilà pour vous, que vous mettez dans l'enveloppe blanche et que vous postez. Vous recevrez le résultat ainsi que moi.
P : Donc le précédent résultat était du 21 octobre 2008 donc on avait fait le test début octobre, fin septembre.
M : Voilà, est ce que vous avez des questions à me poser ? est ce que c'est clair comme façon de faire ?
P : C'est très clair.
M : Ca ne vous a pas posé de soucis il y a deux ans ?
P : Non, aucun, aucun.
M : Parfait.
P : Enfin pour être très honnête, j'avais mis le papier plastic sur le sol…
M : Oui….oui….vous pouvez…papier journal, une cuvette…euh…
P : J'avais pas utilisé les toilettes justement.
M : Oui….Bien écoutez, vous relirez bien, en tout cas, le mode d'emploi à tête reposée.
P : Pas de problème.
M : Je vous remercie beaucoup.
P : Je vous en prie, c'est normal.

Médecin C
Entretien 4
27/09/2010
5 minutes 32 secondes

M : Bonsoir Monsieur, merci beaucoup de vous prêter à la réalisation d'un enregistrement qui va permettre la réalisation d'une thèse. Donc vous êtes venu aujourd'hui pour que je vous remette le test Hémoccult qui est un test qui recherche la présence de sang microscopique au niveau des selles. C'est un test qui se fait à la maison et qui est assez simple, nous allons voir ensemble le mode d'emploi qui est assez bien fait et que vous pourrez relire à la maison à tête reposée.
Donc tout d'abord vous avez une enveloppe blanche déjà affranchie où vous mettrez vos tests remplis, dans cette enveloppe, je vous mets un papier bleu qui vous permettra d'être identifié et moi par la même occasion car le résultat vous allez le recevoir vous et je vais le recevoir moi également.
Donc ne vous touchez pas le papier bleu que je mets dans cette enveloppe.
Alors vous allez, vous trouvez ici dans cette pochette verte trois plaquettes en carton, qui se présente sous cette forme là, je vous montre le mode d'emploi qui retrace toutes les opérations successives.
P : Mmm..
M : Alors sur ce test, vous remarquez qu'il est cartonné, vous avez une fenêtre A et une fenêtre B et vous avez, qui présente… le réactif se présente à l'arrière de cette plaquette, ça a toute son importance, vous allez voir tout de suite parce que…le but va être de mettre un peu de vos selles à l'aide de chaque bâton à usage unique sur la case A pour un premier bâton et sur la case B pour le second bâton…
On vous conseille de mettre vraiment la valeur d'un grain de riz sur chaque fenêtre.
Donc comme le réactif se trouve à l'arrière de ce carton, il ne faut pas que ce carton soit détrempé ou gondolé par l'humidité donc il ne faut pas que l'eau touche la selle.
Ce mode d'emploi montre un système qui est assez astucieux ma foi, je trouve…C'est de coincer un sac poubelle dans l'abattant des toilettes mais vous pouvez en effet faire au fond d'une cuvette sur un papier journal, en dehors de vos toilette, comme vous le désirez.
P : hum…
M : Pour que ce soit le plus pratique pour vous, ce recueil de selles se fait sur trois selles successives, c'est pour ça que vous voyez ici: jour un , jour deux.., etc.…
P : hum…
M : Vous avez un délai maximum de dix jours entre la première selles et la dernière, donc entre la première plaquette et la troisième plaquette mais il s'agit surtout de faire sur trois selles successives dans le temps. Que puis je vous dire ?
P : Il faut les dater ?
M : En effet sur le papier, on demande la date du recueil de selles…sinon, une fois que vous avez mis un petit peu de selles sur chaque fenêtre, vous fermez votre test cartonné et vous le laissez à température ambiante pendant vingt quatre heures, vraiment pour qu'il y est évaporation, pour pas qu'il n'y ait pas condensation quand vous mettrez les trois tests achevés dans cette opercule qui est vraiment hermétique, voilà donc vous laissez sécher…
P : Combien de temps ?
M : Vous pouvez laisser 24h sécher pour que le carton soit bien sec avant de le mettre dans l'opercule, avant de fermer de façon hermétique et de mettre cette enveloppe verte dans l'enveloppe blanche que vous pourrez poster.
P : Ok.
M : Il n'y a pas de délai pour poster cette examen une fois qu'il est réalisé.
P : Mmm…

M : Est-ce que vous avez des questions à me poser ?
P : Quand est ce qu'on reçoit le résultat ?
M : Il faut compter une quinzaine de jour, donc le résultat est positif si le réactif montre qu'il y a du sang de façon microscopique dans vos selles dans ce cas là, il vous sera présenté une coloscopie pour recherche de polypes qui saigneraient dans votre intestin…
P : Qu'est ce qu'on fait ? J'attends de vos nouvelles ?
M : Vous êtes averti de la positivité ou de la négativité de cette examen.
P : Je vais directement au laboratoire ou ils envoient ?
M : Oui, non, non, vous recevez vous-même à domicile puisque vous avez pré-identifié vos plaquettes à l'aide de votre code barre…donc sur vos étiquettes…vous avez…voilà…
Et moi la dessus, j'ai rempli votre adresse donc vous recevez le résultat chez vous, moi je le reçois également et avec le résultat vous me contactez si vous avez des questions à me poser vis-à-vis du résultat. Est-ce que ça vous parait clair, est ce que le mode d'emploi vous parait bien ?
P : Oui, oui, c'est bien, c'est clair…

Médecin D
Entretien 5
04/06/2010
6 minutes 15 secondes

Médecin (M) : Alors voilà Mr X vous êtes venu pour le test je vais vous le remettre, vous en avez déjà entendu parler du test ?
Patient (P) : Vaguement,
M : Que je vérifie que ça s'applique bien à vous, dans la famille y a-t-il des problèmes d'intestins ??
P : Pas que je sache.
M : Donc c'est un test qui sert à repérer si cancer du colon, c'est un test qui est gratuit qui se fait sur toute la France et ça consiste à faire un prélèvement de selle pour regarder.
Alors le prélèvement de selles, Il faut que les selles ne touchent pas l'eau donc c'est la seule difficulté technique vous mettez l'abattant des toilettes et vous mettez un papier journal ou un plastique.
Ensuite, vous faites ça le jour ou vous voulez avec le petit bâtonnet qui est là, vous faites le prélèvement de la taille d'un grain de riz que vous étalez dans la petite case A qui est ici,
Apres vous prenez un autre bâton, vous faites un autre prélèvement d'un grain de riz que vous mettez dans la case B.
Vous fermez. Et vous mettez dans l'enveloppe en aluminium qui est avec un scotch,
Vous faites cela sur trois fois de suite, quand vous avez fait les trois fois vous fermez cette enveloppe en aluminium, vous mettez ici dans la grande enveloppe là et au courrier.
P : Et oui.
M : Au bout de 15 jours vous aurez une réponse et moi aussi, alors il y a 2 solutions, soit le test est négatif, ça veut dire qu'il n'y a pas de sang dans les selles
Ou le test est positif. Quand le test est positif 8 fois sur 10 il y a rien du tout, c'était des hémorroïdes etc... 1 fois sur 10 c'est une tumeur bénigne et 1 fois c'est un. ..cancer.
Donc quand le test est positif il faut faire une coloscopie. Voilà,
Et vous serez informez et moi aussi. Voilà.
Est ce que vous avez des questions ?
P : Moi, franchement, moi je ne suis pas expert.
M : Que vous ne soyez pas un expert, c'est normal, personne ne vous le demande.
P : On va voir comment ça va se dérouler.
M : C'est très simple, ça marche très bien. je vais vous faire signer tous les papiers, il ya beaucoup de papier.
P : Je vois ça,
M : Hein ?
P : Je vois ça oui.
M : C'est parce qu'il faut pas que ça se perde. Si quelqu'un perd le prélèvement et qu'il est positif après c'est compliqué très très compliqué
P : 3 fois, vous dites...
M : Non, mais c'est pas obligé...pas obligatoirement 3 jours de suite, ça peut être si vous avez pas le temps un jour, c'est pas important.
P : Ah oui...parce que des fois...
M : C'est pour être complètement tranquille. Si vous êtes pressé un jour ou quoi...
P : Quand je ne suis pas à la maison...
M : Ah oui ! Vous ne faites pas...
M : (blanc) j'ai bientôt fini...
M : Vous allez voir ça va ce simplifier, Voilà votre matériel (tend les feuilles)
M : Ca c'est pour vous, ça c'est pour le centre.
P : Ca c'est pour moi, pour récupérer à la maison ?
M : Maintenant, j'ai fait les choses à l'envers. Il faut que je vous fasse signer.

Médecin D
Entretien 6
08/06/10
4 minutes 52 secondes

M : Mr Y, tu es venu pour le test hémoccult, tu as déjà entendu parlé de ce test ?
P : Pas du tout.
M : Ce test sert à identifier les personnes susceptibles d'avoir un cancer de l'intestin.
M : Alors je regarde s'il y a besoin de le faire pour toi
M : Tu as pas eu de coloscopie ?
P : non, jamais
M : T'as pas de symptômes digestifs, de douleurs, de sang dans les selles.
P : Non
M : C'est un test gratuit distribué par la sécu sociale qui vise à identifier les gens qui sont éventuellement porteur d'un cancer de l'intestin et à repérer si il ya du sang non visible dans les selles . Le test se fait à la maison...sur trois jours ou plus.
Chaque jour il faut recueillir une selle sans qu'elle touche l'eau...c'est là ou ça devient drôle...
M et P : (rires)
M : La technique c'est soit l'assiette en carton, soit l'abattant des toilettes avec un journal, soit ou un plastique...après ce n'est pas fini...il faut prélever u petit grain de riz de sel avec le petit bâtonnet qui est là et l'étaler consciencieusement dans la fenêtre A puis un autre grain de riz avec un autre bâtonnet qu'on étale dans la fenêtre B. Ensuite, on a l'avantage et l'obligeance de jeter sa selle dans les toilettes et on a finit pour la journée et on fait ça trois fois de suite.
P : D'accord
M : A la fin des 3 plaquettes, on met dans l'enveloppe en aluminium qu'on met dans la grande enveloppe, ici, et on envoie le tout par la poste. 15 jours après, on reçoit un test qui peut être négatif, ça veut dire qu'il n'y pas de sang dans les selles on est tranquille, ou qui est peut être positif... auquel cas, là il faut faire une coloscopie...
P : D'accord.
8 fois sur 10 il y a rien, y a des hémorroïdes
1 fois sur 10, c'est un gros polype qui saigne, c'est arrivé chez moi cette année ...chez un patient, à qui on a découvert un polype qui est un pré cancer. Ce n'était pas un vrai cancer.
1 fois sur 10 il y a un vrai cancer.
Le cancer du colon, ça touche environ 55 000 personnes en France et ça en tue la moitié.
P : Ah oui..
Donc c'est quand même une sale bête, ça vaut le coup de le faire.
P : D'accord
M : Voilà, voilà ...as tu des questions ?
P : Non, ça me paraît clair
M : ...
P : Je vais bien m'amuser
M : Je vois que ça te fait plaisir.
P : Tu vois ça fait longtemps que j'avais pas eu une expérience un peu scato...
M : Ecoutes, nous quand on a formé les médecins, on a pris de la pâte à modeler qu'on a parfumé à je ne sais plus quoi pour s'entrainer, pour leur montrer comment il fallait faire. Comme il faut qu'ils expliquent aux gens, il faut qu'ils comprennent comment ça marche.
P : Donc 3 jours de suites ?
M : Ou 4 si t'as pas le temps ou c'est pas l'heure...
P : Alors, ça c'est pour toi. ça marche bien !!
M : Voilà ça marche fin de l'entretien puisque tu n'as pas de questions.

Médecin D
Entretien 7
11/06/2010
7 minutes 09 secondes

M : Vous l'avez déjà fait le test ?
P : Non, jamais
M : Jamais
M : Vous savez de quoi il s'agit ?
P : A dire vrai, Pas vraiment
M : Vous en avez entendu parler à la télévision ?
P : Euh... (Blanc court) sur internet plutôt
M : Sur internet ! Je ne savais pas que ça circulait, que ça pesait sur internet...
P : J'ai du ...je ne sais pas si à un moment ou un autre...je me suis aperçu qu'on parlait aussi du cancer de la prostate
M : Oui
P : Pour les hommes, donc je me suis intéressé à ça et donc j'ai du aller me balader sur internet autour de ça, j'ai du me retrouver à un moment ou un autre à percevoir cette information, sur je ne sais plus c'est plus comment vous appelez.... sur la coliou..
M : Coloscopie.
P : Coloscopie comme autre forme de chose à mesurer, à partir du moment... j'ai mis beaucoup de temps à réaliser que j'avais un certain âge...

(Rires)
M : Non mais ne le réalisez pas complètement
P : J'en ai besoin finalement puisqu'on est un peu morbide dans vos réalisations parfois de l'âge, c'est tellement, comment dire, peu objectif...enfin..
C'est tellement subjectif le rapport qu'on peut avoir avec la représentation de l'âge, c'est même pas l'âge mais c'est la représentation de l'âge On peut se projeter il y a 50 ans, alors on a des images enfants de ce qu'étaient les gens de 50 ans...
M : (coupe la parole) ce qui n'a rien à voir avec aujourd'hui, on est d'accord
Bon alors On revient à nos moutons Le cancer colorectal
P : D'accord
Le cancer colorectal ça touche beaucoup de monde en France à peu près 55 000, c'est beaucoup de gens, et 50% de mortalité. Ce qui est évitable si on les repère plus tôt.
P : d'accord
M : Le moyen de repérer plus tôt, c'est de rechercher s'il y a du sang qui soit pas dans les selles c'est là que ça devient comique et donc il faut faire un examen des selles,
Cette examen s'appelle le test hémoccult et se fait à domicile quand on veut. C'est distribué gratuitement par la sécurité sociale.
Je vous montre comment ça se présente.

Médecin ouvre l'emballage du test hémoccult.

M : Bon, Il s'agit de faire caca et que les selles n'aillent pas dans l'eau, c'est là que ça devient technique.
P : Une bassine (rires)
M : Une bassine ou vous mettez un journal sur l'abattant des toilettes ou une assiette en carton.
(blanc quelques secondes)
P : Oui, d'accord.
M : Après, c'est simple.
(le médecin montre le test)
P : ok
M : Après avec le petit bâtonnet, vous prélevez une petite lentille de selles, un petit grain de riz
P : De selles ? c'est à dire ...
M : Caca
P : D'accord.
M : Et vous l'étalez dans la petite case A.
P : Ok
M : Vous prenez un autre bâtonnet et vous étalez un autre prélèvement dans la case B. Quand vous avez finit de bosser, vous avez plus qu'à jeter vos selles. Garder ça et le mettre dans la petite enveloppe en aluminium.
M : Mais c'est pas fini,
P : D'accord.
M : En fait, il faut faire ça sur 3 fois
P : D'accord.
M : Voilà, une fois que vous avez fait les 3 fois, donc ça vous pouvez le garder où vous voulez
P : Donc sur plusieurs jours différents ? / médecin : vous mettez..... (patient et médecin parlent en même temps)
M : Voilà exactement, mais comme ça vous arrange, vous êtes à votre rythme.
(rires)
M : Vous fermez ça.
P : Yes.
M : Vous mettez dans la grande enveloppe qui est là et puis vous mettez au courrier.
P : D'accord.
M : Et puis dans 15 jours, 3 semaines...
P : J'imagine les odeurs pour le facteur...
M : (voix au dessus du patient) Vous allez recevoir un résultat et moi aussi qui sera soit négatif, il n'y a pas de sang dans les selles, soit positif il y a du sang dans les selles.
Si il y a du sang dans les selles, pas de panique. 8 fois sur 10, c'est rien ;
P : hum…
M : 1 fois sur 10, c'est un gros polype. C'est arrivé ...
P : Des hémorroïdes ??
M : Des hémorroïdes, c'est souvent...Le gros polype, c'est arrivé la semaine dernière chez un de mes patients qui avait fait ça comme ça, complètement au hasard. Et une fois sur 10, c'est un vrai cancer.
(blanc qq sec)
P :..Hein..
M : Donc la positivité du test n'est pas égale à cancer. Heureusement.
P : D'accord.
M : Mais à partir du moment où il est positif, il faut accepter de faire une coloscopie.
Et voilà...
P : hum.... (blanc quelques sec)... Qui est ??
M : Qui est un examen sous anesthésie générale où on passe un tube dans l'intestin et va voir ce qui se passe.
P : En passant par l'anus, j'imagine...
M : Mais on fait dodo, on ne sait pas.
P : D'accord.
M : C'est juste intellectuel.
P : D'accord. Voilà.
(Rires)

Femme du patient : Il faut les conserver longtemps les selles, imaginons que la personne est constipée et qu'elle ne peut pas y aller toute la semaine ?
M : Alors les spécialistes du test quand ils nous ont fait la formation nous ont dit 15 jours, 3 semaines. Probablement après, on se sait pas.
Femme du patient : D'accord.
M : Mais ça se conserve assez bien.
P + F: D'accord.
M : Visiblement, eux mêmes, ils ont quelques fois un peu de retard donc ils les stockent.
P : D'accord.
M : Voilà, est ce que vous avez des questions ?
P : Euh ....(blanc long).... Donc là vous me donnez les petits ...
M : Là je vous donne tout.
P : Et il y a l'adresse sur l'enveloppe ?
M : Oui, Même le timbre.
P : Bon...et c'est pas très compliqué ?!
M : Non, c'est juste qu'il faut qu'on explique sinon, ça ne marchera pas.
P : Donc le petit bâtonnet ... les tests sont là dedans, il y en a trois...
M : Les bâtonnets aussi, il ya même un mode d'emploi. (blanc qq sec) Et comme j'aime bien le camelot, je vous les fais.
P : D'accord. C'est parce que vous voulez vous mettre bien avec votre copine...
M : exactement.
P : Donc là il ya les 3 machins et les trucs la dedans. Et après je les mets. Ça c'est quoi ?
M : En fait, ça c'est l'enveloppe de transport. Elle se ferme.
P : D'accord.
M : Celle là c'est plus une enveloppe comme ça.
(Lui montre.)
P : Ok une fois que j'ai pris ça, je les mets là dedans.
M : Voilà une fois qu'elles sont faites, vous mettez la dedans. Comme ça vous savez où vous en êtes.
P : Ca marche.
M : Ca marche.

Médecin D
Entretien 8
21/06/2010
4 minutes 46 secondes

M : Voilà donc vous êtes d'accord pour qu'on enregistre cette consultation.
P : Tout à fait.
M : Vous disiez que c'était la deuxième fois alors ? La première fois était quand ?
P : Il y a deux ans.
M : Il ya deux ans. Vous avez trouvé le test compliqué ou difficile à faire ?
(blanc)
P : C'est pas des plus agréables mais enfin c'est réalisable. Il faut prendre les précautions voulues, que cela soit à sec, ça c'est peut être le plus difficile.
M : Le plus difficile, oui.
P : Par contre, j'ai du le renvoyer deux fois, le faire deux fois.
M : Ah bon ?
P : Oui, passe que j'avais oublié de mettre une fois l'étiquette avec la date.
(blanc)
M : (étonnement) Mais je l'avais fait, moi, les étiquettes ?!
P : Oui, mais après il faut le remettre....je ne sais plus ce qui avait. J'avais pas mis la date de prise sur la deuxième.
M : Ah D'accord. Ils vous ont renvoyé un mot ou ils vous ont renvoyé les plaquettes ?
P : Les plaquettes.
M : Ah d'accord, les vôtres ?
P : Non. D'autres.
M + P : Des nouvelles plaquettes.
P : Donc j'ai refait le test.
(blanc)
M : Ah, je ne savais pas.... Bon....Ok.....
Je vous redonne tout ça.
P : Oui.
M : Et puis après je vous renouvelle votre ordonnance comme vous me l'avez demandé en premier.
P : Oui
M : ça marche.
P : Et puis le pied.
M : oui ??
P : le pied.
M : Le pied.
(Blanc long)
M : Vous prenez des vacances un petit peu là ?
P : Un petit peu, un petit peu...Je vais aller dans le sud, une semaine, début juillet.

M : Oui.
P : Et puis après, je vais remplacer des sœurs pour être guide dans un musée.
M : Ah lequel ?
P : En Touraine ?
M : Ah Oui.
P : On a une maison à Tours.
M : Un musée de quoi ?
P : Sur un boulangère qui est parti au Canada.
M : Ah sur une personne.
P : Oui
M : Et vous faites quoi ? vous vendez les tickets, vous faites le guide ?
P : Non, je fais le guide.
M : Et vous connaissez bien la vie de cette personne ?
P : C'est une ursuline, donc...
M : Ouai.
P : Et puis j'apprends.
M : Et il y a du passage ??
P : Ah oui, l'année dernière je suis aller dix jours et il y avait 2000 personnes.
M : 200 par jour !!
P : Ah oui
M : Il ya du passage.
P : Il ya du passage, pas toujours pour rester, mais le nombre de personne 200 par jour.
M : Dis donc.
Blanc.
M : Alors je sais pas si vous vous rappelez tout ça.
Les petites plaquettes, les petits bâtonnets, l'abattant des toilettes, le papier journal et puis on prend une lentille et on met sur la case ....qui est là. (montre)
P : Ca marche. Et il faut pas oublier de mettre la date.
M : Je ne savais qu'ils renvoyaient les trucs quand il n'y avait pas la date, il faut que je dise aux gens de mettre la date.
(blanc)
M : C'est pas mal fait.
P : Autant en profiter.
M : bien oui.....(blanc quelques secondes) Bon, il y a le mode d'emploi. Si vous avez des doutes.
P : J'avoue que ce n'est pas ma préoccupation quotidienne.
M : Très bien madame, impeccable. Bon, on va s'occuper de votre santé maintenant.

Médecin A
Entretien 9
03/06/2010
6 minutes 4 secondes

M : Donc Mme X, je vais vous expliquer pour le dépistage du cancer du colon.
Quand est ce que vous l'avez fait auparavant ?
P : Ca fait déjà longtemps que je l'ai fait …
M : Oui ?
P : Il y a 5 ans.
M : Il ya 5 ans…
P : Il y a 5 ans à peu près.
M : Qu'est ce que vous aviez fait il y a 5 ans ?
P : Il y avait rien, c'était un contrôle comme quand j'ai fait le cancer du sein.
M : Oui
P : Et docteur Y était ma gynécologue ...
M : Oui
P : Et elle m'avait conseillé de temps en temps de faire une recherche.
M : Du sang dans les selles ? C'était pas une coloscopie qu'elle vous avez faite ?
P : Hum..j'ai fait une coloscopie.
M : C'était quand la coloscopie ?
P : Il y avait 5 ans, il doit être là. Elle a tout rangé, elle a tout marqué. (Blanc) Si elle n'a pas 5 ans ....
M : C'était ça en 2005, ça fait exactement 5 ans, donc effectivement, vous rentrez dans le cadre du dépistage car ça fait plus de 5 ans.
P : Voilà.
M : Dans la famille, il n'y a pas d'antécédent de cancer du colon notamment ?
P : Non
M : Non…
P : Hum…
M : D'accord, d'accord.....d'accord.
(Blanc long)

M : Il n'y avait pas de maladie hormis le cancer du sein ? Qui est surveillé, toujours ?
P : Oui, pour l'instant il est surveillé, même le Dr. C ...
M : Hum...
P : Il m'a dit que la prochaine fois que je le verrai, parce que j'avais pas le contrôle que la sécu envoie...qu'il m'enverrait faire une ....mais bon j'attendrai encore..
M : D'accord. Bon ça, on verra après.
P : Oui
M : Donc, c'est la première fois que vous faites le test ou pas ?
P : Oui, ça c'est la première fois.
M : c'est la première fois.
P : le test sur la selle, c'est la première fois.
M : D'accord, d'accord. Ok. Auparavant, vous ne rentriez pas dans les critères puisque justement vous étiez... (blanc/ médecin cherche un document)… Attendez... Ah voilà...
M : Le dépistage hémoccult c'est la recherche du sang dans les selles. Alors l'existence de sang dans les selles c'est pas forcément un signe de dépistage de cancer du colon..il faut que vous sachiez que si il y a du sang dans les selles c'est pas forcément..
P : Alors parfois je l'ai..mais c'est…
M : Des hémorroïdes.
P : Hémorroïdes..
M : Alors il faut éviter en poussée hémorroïdale de le faire, vous voyez ?
P : Oui
M : D'accord.
M : Alors c'est une recherche du sang sur 3 selles successives. Donc c'est à dire que vous faites ... Je vais vous montrer comment ça se présente. (Médecin ouvre l'enveloppe)
Donc là vous avez 3 plaquettes comme ceci et là vous avez encore des petits bâtonnets donc sur 3 selles successives, il va falloir ... sur la première selle, il va falloir que vous mettiez un peu de selle de l'équivalent d'un grain de riz sur le petit carré A …
P : Hum…
M : ... Avec un bâtonnet. Et avec le 2ème bâtonnet sur la même selle, vous allez mettre sur le petit carré B. D'accord ?
P : Hum…
M : le but est quand vous récupérez vos selles, c'est de mettre dans une bassine, quelque chose comme ça, pour que le prélèvement soit plus facile. D'accord ?
P : Hum…
M : Donc ça c'est le premier prélèvement, une fois que vous avez fait votre premier prélèvement, vous prenez ici la petite étiquette et vous notez la date du prélèvement ici,
d'accord ?
P : Hum…
M : Et La deuxième selle imaginons c'est le lendemain ou le surlendemain par exemple, vous faites une deuxième selle, pareil, vous faites exactement pareil, avec chaque bâtonnet vous faites un petit prélèvement d'un petit grain de riz A et que vous déposez sur.. et le troisième aussi. Sans oublier à chaque fois la date du prélèvement.
(blanc quelques sec)
M : Une fois que vous avez fait vos 3 prélèvements, il faut qu'entre la première selle donc la première fois où vous allez aux toilettes et la dernière fois où vous allez aux toilettes , il ne s'écoule pas plus de 9 jours.
P : Hum…
M : D'accord ? sinon c'est trop long et ça invalide le test.
P : Hum…
M : Donc vous avez un transit qui est plutôt régulier ?
P : Parfois, pas tout le temps
M : Vous y allez en général tous les jours, tous les 2 jours ?
P : Oui, à peu près
M : Donc c'est bon , il n'y aura pas de soucis. D'accord ?
M : Donc voici, et quand vous avez fait ce dépistage, vous allez effectivement ... vous le remettez ici que vous fermez. Vous l'envoyez au centre de dépistage donc vous avez l'enveloppe qui est déjà affranchie, donc vous avez pas besoin.... et donc vous recevrez du....val d'Oise les résultats.
P : Hum…
(Blanc court)
P : Et les étiquettes que j'ai là ?
M : Alors les étiquettes, vous allez pouvoir les coller sur les petits paquets... une ici, une ici, une ici, vous allez en coller une ici. moi je vais coller mon étiquette ici et vous mettez tout dans l'enveloppe : ça, les 3 plaquettes dans le petit sachet et ça c'est le test explicatif, ce que je viens de vous expliquer..
P : Oui, tout est marqué là.
M : D'accord ? Dernière chose aussi, je vais vous rendre ça aussi, puisqu'il faudra aussi coller une étiquette sur le… (blanc long)… Le papier là que je vous ai donné.
(Blanc)
M : Est ce que vous avez des questions ??
P : Non...
M : Non, non ça ira… donc ça je le mets au frais ?
M : Non, non, regardez (Montre la brochure), le test une fois que vous l'avez fait....Vous le gardez à température ambiante, pas au soleil...en température ambiante, il n'a y pas de soucis... (blanc court)… Ne pas le mettre au réfrigérateur et conserver les plaquettes en dehors de la pochette de protection, donc vous les laissez dans un coin de votre maison.
P : D'accord.

Médecin A
Entretien 10
08/06/2010
5 minutes 4 secondes

M : Vous avez 53 ans, est ce que vous avez déjà reçu la plaquette de dépistage du test hémoccult ?
P : Non
M : Non, jamais.
P : Non.
M : D'accord, est ce que dans la famille, il y a eu des antécédents de cancer du colon ?
P : Oh non, dans la famille, non.
M : Non ? D'accord et vous ? Vous n'avez pas fait de coloscopie ?
P : Non.
M : Non, jamais ? On est jamais allé regarder au niveau des intestins si il y avait pas de soucis ?
P : Non.
M : D'accord. Alors est ce que vous savez en quoi consiste le test de dépistage du cancer du colon ?
P : Non.
M : Non, d'accord, votre femme ne l'a pas reçu non plus ?
P : Non, juste le cancer du sein.
M : Le cancer du sein d'accord.
M : Alors ce test s'appelle le test hémoccult, alors ce dépistage ....euh....enfin......ça permet de dépister le cancer du colon. D'accord ? Alors comment ça se fait.. et bien on cherche dans les selles du sang.
P : Hum…
M : Donc en fait ça va être un recueil de selles.
P : Ouai, ouai
M : Alors ça va se passer sur 3 selles différentes, alors il va falloir que vous récupériez sur 3 selles différentes…
P : Hum…
M : Un petit peu de matières fécales, d'accord ? et que vous alliez alors l'appliquer sur ce que je vais vous montrer.
Alors donc là. Tout ça, je vais vous le donner.
P : Hum
M : (Ouvre les docs) donc ici vous avez vos 3 plaquettes, d'accord ?
P : Hum
M : Sur lesquelles quand vous recevrez la lettre de la PSVO, c'est la prévention santé en val d'oise qui va vous envoyer une lettre comme quoi vous faites partie du dépistage.
P : Ouai.
M : Vous collerez vos étiquettes ici, d'accord ? Et donc vous commencerez le premier jour, vous noterez la date du premier jour où vous faites vos selles avec donc les selles que vous aurez au préalable récupérées. Alors...je ne sais pas... le plus simple pour vous, c'est dans une bassine ?
P : Ouai ouai
M : Pour les récupérer facilement, selon..
P : Selon les personnes.
M : Voilà, exactement et vous avez ces petits bâtonnets.
P : Hum.
M : Avec ce petit bâtonnet vous allez prendre l'équivalent d'un grain de riz au niveau de la selle. Quand vous allez appliquer, donc vous voyez, vous ouvrez ici...vous allez appliquer ici.
P : Là je suis d'accord.
M : Et avec le deuxième bâtonnet, vous allez faire un deuxième prélèvement, un grain de riz pareil...
P : Ah il en faut deux.
M : Voilà donc sur chaque selle, deux prélèvements.
P : Voilà.
M : Ensuite, une fois que vous avez fait votre prélèvement, vous conservez votre petite plaquette en air libre, donc pas au frigo, ni au soleil. D'accord ?
P : Oui, c'est rien ça.
M : Et puis lors de la prochaine selle vous faites exactement pareil
P : Pareil d'accord.
M : Alors entre la première fois où vous prélevez et la dernière fois, il ne faut pas plus de 9 jours. D'accord ?
P : D'accord.
M : alors vous avez un transit qui est plutôt régulier ?
P : Oui, j'y vais tous les jours.
M : Donc c'est parfait, c'est parfait. Sans oublier chaque fois de noter la date du prélèvement.
P : Ouai, ouai.
M : Et une fois que vous avez fait tous vos prélèvements.
P : Ouai.
M : Vous allez mettre ici (montre) dans ce sachet là.
P : Ouai
M : Une fois que tout est fait , pas avant. Vous mettez à l'intérieur et vous collez et vous envoyez tout dans cette enveloppe qui est affranchie au val d'Oise
P : Hum…

M : Alors est ce que vous avez des questions par rapport à ça ?
P : Non, ça va j'ai compris.
M : Non, ça va ?
P : Là vous avez une petite explication donc si vous avez des trous de mémoires tout est expliqué et ...qu'est ce que je voulais vous dire encore .....
P : Il faut que j'attende la lettre...avant que j'envoie quelque chose...
M : Voilà, vous avez besoin des étiquettes.
P : D'acccord, faut que j'attende qu'ils m'envoient la lettre...
M : Voilà et il faut pas qu'il n'y ait plus de 9 jours.
P : Ouai
M : Voilà, alors dès le moment où vous avez la lettre vous commencez dès que vous voulez le test et vous l'envoyez.
P : Faut faire dans le semaine et après j'attends le résultat.
M : Exactement.

M : Alors il faut savoir que si vous avez un résultat positif, c'est à dire qu'il y a du sang dans les selles, c'est pas forcément quelque chose de grave... (blanc qq sec)
En sachant que vous recevrez..
M : Oui, ça peut être autre chose.
P : Voilà, un polype quelque chose comme ça
M : Mais pour analyser, si vous avez du sang dans les selles, c'est possiblement...
P : Autre chose !
M : Oui, ce sera autre chose mais pour savoir que c'est autre chose..
P : Ouai...
M : Il faudra quand même faire une coloscopie.
P : Ouai
M : A ce moment là, pour être sûr que ce soit...
P : Ah oui, pour être sur que ce soit...
M : D'accord. Voilà et si il y a pas de sang dans les selles, à ce moment là, dans deux ans, vous aurez exactement le même test à faire, on recherchera encore du sang dans les selles. D'accord ?
P : Oui c'est toujours le même ...
M : Oui.
P : Oui, il y a pas de ..
M : Ok, donc là je colle juste les étiquettes du médecin, d'accord ? Et puis je vais tout vous donner.
(blanc)
M : Voilà. Donc pas d'autres questions ?
P : Non, non ça va.
M : D'accord.
P : J'ai juste à attendre la lettre, c'est tout
M : Voilà.
P : très bien.

Médecin A
Entretien 11
09/06/2010
3 minutes 10 secondes

M : Mr Y, comme vous me le disiez, vous n'avez pas reçu le test hémoccult ?
P : Non.
M : Pourtant vous avez 59 ans, votre épouse, vous m'avez dit ?
P : Elle a fait le test.
M : Elle a fait le test, donc vous savez un petit en quoi ça consiste ou pas ?
P : Oui, tout à fait.
M : D'accord
P : J'ai vu comment elle faisait donc...
M : D'accord, d'accord, donc c'est une recherche de sang dans les selles.
P : Mmm
M : Dans ce cas, sur 3 selles différentes, si il y a du sang, ça veut pas dire forcément que c'est un cancer derrière. D'accord ?
P : Mmm
M : Alors il y a souvent quelques petites lésions qui peuvent saigner mais ça amène en général à la coloscopie, hein ? C'est à dire qu'il va aller voir ce qui peut potentiellement faire saigner. D'accord ?
P : D'accord.
M : Donc en fait, je vous explique, je vais vous donner l'enveloppe. (Ouverture) Avec les... dépistages, en plus dedans, vous avez une feuille explicative.
P : D'accord.
M : Donc là, la fiche d'identification que vous remplirez quand vous aurez reçu les étiquettes, d'accord ? Donc là ce que vous allez faire c'est ... votre femme a déjà appeler le centre de prévention pour que vous receviez les étiquettes
P : Les étiquettes ? ...
M : Si vous ne les recevez pas, vous pouvez les relancer.
P : Ok.

M : D'accord. Là vous remplissez, moi, je vais coller mes étiquettes...tout ça sera à remettre dans l'enveloppe. Donc vous avez des petites pochettes, ici des petites pochettes qui vont vous servir au dépistage, ici vous avez les 3 pochettes sur lesquelles vous collerez vos étiquettes et qui vont vous servir au dépistage et …
P : Ok
M : Donc ici vous avez deux petits carrés, donc il va falloir recueillir vos selles, le mieux c'est dans une petite bassine pour que cela soit plus simple. Et vous voyez, vous avez 6 petits bâtonnets. En fait, deux bâtonnets par carton en sachant que à chaque fois vous prenez pour un prélèvement de selles de l'ordre d'un petit grain de riz que vous mettez sur A et un 2ème petit bâtonnet, 2ème prélèvement sur la même selle sur le B, d'accord ??
P : D'accord.
M : Ce qui est important c'est de ne pas oublier de mettre la date du prélèvement.
P : D'accord.
M : En fait, entre le premier prélèvement...donc vous avez la première selle, où vous avez fait des prélèvements, la deuxième puis la troisième...entre la première selle et la dernière selle, il doit s'écouler maximum 9 jours.
P : Ok.
M : Donc une fois que vous avez collé vos étiquettes, mis les prélèvements, les petits cartons comme ça vous les conservez à l'air libre, ni au congélateur, ni à la chaleur, ni à la fenêtre mais dans un endroit protégé et une fois que vous avez vos 3 prélèvements vous mettez tout ça dans cette enveloppe là… donc vous laissez à l'air libre...dans cette enveloppe là que vous fermez... Vous joignez tout l'ensemble dans cette enveloppe là et vous fermez et vous joignez tout l'ensemble au...
P : D'accord
M : Voilà et c'est déjà… affranchie.
P : D'accord
M : Et puis voilà....vous avez des questions ?
P : Non, ça va.

Médecin A
Entretien 12
09/06/2010
4 minutes 46 secondes

M : Donc là, je vais vous expliquer le dépistage du cancer colorectal.
P : Oui.
M : Vous l'avez déjà fait ?
P : Oui, je crois il y a un peu plus de 2 ans ...
M : Il y a un peu plus de deux ans et vous m'avez dit, vous avez reçu...la convocation, c'est cela ??
P : Oui.
M : Alors, il y a combien de temps vous m'avez dit ?
P : Il y a bien trois mois.
M : Trois mois, d'accord. Donc il va falloir essayer de le retrouver.
P : Oui.
M : Vous l'avez fait souvent ce dépistage ?
P : Non, je l'ai fait il ya deux ans, c'était la première fois.
M : C'était la première fois. D'accord.
P : C'était aussi une convocation qu'on avait reçue.
M : D'accord. Qu'est ce que vous en pensez de ce test, vous ?
P : Je trouve que c'est bien.
M : D'accord. (blanc) et vous, vous avez rien reçu ?! (sourire vers mari de la patiente)
P2 : Non.
M : Bien, donc vous savez un petit peu en quoi ça consiste, hein ?
P : Euh... c'était pour savoir si il y a des traces de polypes, etc… ou d'autres choses...
M : Ouai, donc en fait on recherche dans les selles si il y a du sang. Vous vous souvenez comment ça se passait ?
P : (blanc) Non.
M : Non, donc il faut faire une récupération des selles... il va falloir récupérer des morceaux de selles sur 3 selles différentes.
P : C'était sur 10 jours je pense.
M : Ouai, c'est ça...sur 3 selles successives... donc je vous présente un peu le truc, donc je vous donnerez tout. Là, vous un petit schéma explicatif, là, qui vous remettra un petit peu tout ça en note. Donc là vous allez devoir coller vos étiquettes à vous, d'accord? ici vous mettez le nom de votre médecin traitant, votre numéro de téléphone et puis la date du prélèvements, c'est très important. Donc par exemple, imaginons le J1 vous êtes là le premier jour, vous avez décidé de commencer le test. Vous récupérez vos selles dans une petite bassine ou autres pour chercher si il y a du sang à l'intérieur... euh, c'est pas vous qui allez chercher, ce sera par l'analyse.
P : Hum.
M : Donc vous allez récupérer sur la première selle, par exemple, à J1, l'équivalent d'un petit grain de riz avec ce bâtonnet...donc vous récupérez un petit morceau que vous mettez dans la petite case A, pareil sur la même selle, le même prélèvement vous prélevez avec un deuxième bâtonnet que vous mettez dans la petite case B.
P : Ah, il y a un deuxième bâtonnet ?
M : Ouai, vous avez 6 bâtonnets donc vous avez 6 petits carrés.
P : D'accord.
M : D'accord, pour pas qu'il soit souillé, ou bien... voilà...
Donc une fois que vous avez fait votre prélèvement, deux petits prélèvements sur la même selle, vous notez bien la date de prélèvement et donc vous conservez ce petit paquet en air ambiant, pas au frigidaire...
P : Pas au frigidaire ?
M : Non, pas au frigidaire, là où vous voulez, pas trop au soleil non plus, dans un endroit de votre choix...et ni dans les petites enveloppes.

P : Ah bon ?
M : D'accord.
P : Uniquement à l'air libre.
M : Oui, comme ça et vous pouvez les refermez.
(Montre la manipulation)
M : Entre le premier prélèvement et le dernier prélèvement, il ne faut pas qu'il y ait plus de 9 jours, d'accord ?
P : Hum.
M : C'est à dire la première selle et si vous êtes un peu constipé, peut être que la troisième selle, le troisième prélèvement, ce sera par exemple une semaine après, c'est pas un souci.
P : Hum.
M : Une fois que vous avez fait vos trois prélèvements et écrit à chaque fois la date du prélèvement, vous mettez tout ça dans cette enveloppe là.
P : Hum.
M : Et vous joignez tout dans l'éco-pli qui est déjà affranchie, donc il y a pas de soucis, d'accord ?
P : D'accord.
M : Est ce que vous avez des questions ?
P : Ben, je crois que j'ai à peu près compris.
M : De toute façon c'est un peu comme ça que vous l'avez fait la dernière fois ?
P : Oui, oui, je me rappelais plus qu'il fallait marquer la date.
M : Ouai.
P : D'accord.
M : Et vous savez pourquoi on vous fait faire ça ? Si c'est positif, imaginons que le test hémoccult est positif, vous savez à quoi ça amène ou pas ?
P : Bien si c'est positif il faut faire certainement une coloscopie.
M : Oui, tout à fait, pour aller chercher comme pour votre époux, voir si il n'y a pas quelque chose...une petite...voilà.
M : Donc je vous remet tout, quand vous retrouvez vos petits papiers, vous commencez le test quand vous voulez et vous aurez vos réponses, enfin nous, on recevra les résultats et vous aussi. D'accord ? Voilà.
P : Maintenant, il faut que je retrouve mon petit papier.
P2 : Si tu l'as pas, tu écris…
M : Vous pouvez les appeler pour demander.

Médecin A
Entretien 13
11/06/2010
6 minutes 56 secondes

M : Donc j'ai demandé que vous veniez parce que vous avez reçu en fait le courrier de la prévention du … la santé du Val d'Oise donc… pour le cadre, dans le cadre du dépistage du cancer du colon. Donc…vous l'avez reçu quand ?
P : Je l'ai reçu il y a 2 semaines.
M : Il y a 2 semaines.
P : Euh... plus de 2 semaines.
M : D'accord, d'accord et vous en avez déjà entendu parler ou pas ?
P : Oui, à la télévision.
M : Oui d'accord.
P : Et voilà…
M : Il y avait un spot à la télévision ?
P : Oui, il y avait une émission dessus où ils ont dit que les hommes de plus de 50 ans, c'était mieux de le faire, ce qui m'a motivé d'ailleurs …
M : A le faire.
P : Oui, à le faire.
M : Oui d'accord, c'est bien… Dans la famille, il n'y a pas d'antécédents de maladie du cancer du colon ?
P : Non.
M : Non, d'accord. Vous n'avez jamais fait de coloscopie, d'analyses au niveau du colon, hein ? D'allez voir à l'intérieur de l'intestin avec… Non, ça ne vous dit rien ?
P : Nan, ça ne me dit rien.
M: D'accord Ok, voilà. Donc est-ce-que vous savez en quoi ça consiste ce test ?
P : Bah euh non.
M : Non ?
P : Ils m'ont dit seulement que c'était à partir de 50 ans .
M : Oui ?
P : Qu'on peut consulter gratos…
M : Oui.
P : …et qu'on peut éviter certains cancers.
M : Oui, d'accord.
P : Oui, après à la télé comme j'ai 50 ans, la roue tourne voilà.
M : D'accord, bon bah c'est très bien, alors voilà en quoi ça consiste donc en fait heu…le can… heu le dépistage c'est rechercher du sang dans les selles.
P : D'accord.

M : Donc en fait s'il y a un peu de sang, c'est parfois le signe justement d'un cancer, d'accord ?
P : Oui, oui.
M : Mais il peut y avoir du sang et ça peut être bien d'autres choses.
P : Bien d'autres choses...
M : Donc dans la majorité des cas ce n'est pas le cas ,mais si on fait l'analyse de selles et si on trouve du sang dans les selles il faudra aller voir ce qui se passe et donc là on sera obligé de faire une coloscopie.
P : Oui ,oui.
M : Une coloscopie, c'est passer une petite caméra, allez voir à l'intérieur des intestins
P : Oui,oui.
M : Voilà, voir si il n'y pas quelque chose qui pourrait saigner et donc voir si il y a un cancer ou si il y a pas autre chose d'accord ?
P : D'accord.
M : Donc pour ce faire il va falloir récupérer les selles , donc c'est à dire des matières fécales.
P : Oui,oui.
M : Hum… donc on va faire des prélèvements sur ces selles, donc je vous montre un peu comment c'est fait.
P : Oui,oui.
M : Donc là je vais tous vous donnez, vous avez ici trois petite spatules , trois petites plaquettes et là des petits bâtonnets d'accord, donc je vous en ouvre un.
P : Oui.
M : ici, vous avez la plaquette, deux petits carrés.
P : Oui.
M : Donc il va falloir prélever dans vos selles ,donc vous avez décidé je ne sais pas moi le premier juillet de faire le premier jour de dépistage.
P : Oui d'accord.
M : Sur, vous allez récupérer vos selles , pour que ce soit plus simple, vous allez faire dans une petite bassine enfin comme vous voulez .
P : Oui.
M : Et vous allez récupérez avec ces petits bâtonnets.
P : Oui.
M : l'équivalent d'un petit grain de riz.
P :Oui.
M : Sur la selle que vous allez mettre ici d'accord.
P : Ici d'accord.
M :Avec le deuxième bâtonnet sur la même matière,matière fécale hein vous allez vous allez represlever l'équivalent d'un grain de riz que vous allez mettre ici.
P : Le même jour ? Dans la même selle ?
M : Exactement. Le même jour, la même selle.
P : Voilà d'accord.
M :Il va falloir heu refaire ce prélèvement sur une deuxième selle, la selle suivante donc par exemple donc si c'est le lendemain.
P : Oui oui . Toujours le même jour ?
M : De la prochaine, d'accord ?
P : D'accord.
M : Et puis une troisième fois exactement pareil donc deux prélèvements .
P : Oui
M : Sur la même selle.
P : Ouai.
M : Entre le premier prélèvement c'est-à-dire la première selle et la troisième selle.
P : Oui
M : Hein donc heu il ne faut pas qu'il y ai plus de neuf jours.
P : Ah oui d'accord.
M : Vous n'êtes pas constipé habituellement ?
P : Ah nan non je ne suis jamais constipé.
M : Donc c'est très bien. Donc ce qui est important aussi c'est que vous faites votre prélèvement et que vous le mettiez ici vous n'oubliez pas de noter la date du prélèvement.
P : Ah oui d'accord
M : D'accord.
P : Oui.
M : Donc on en étaient à la date du prélèvement donc à chaque fois il faut que vous le mettiez ça c'est important.
P : Oui.
M : Donc là on va coller les étiquettes, donc vous avez-vos etiquettes ?
P : Oui.
M : Donc, on va les coller sur… attendez…non, c'est pas là.
P : Euh ouai.
M : Voilà, donc on va les coller sur les plaquettes.
P : Oui, d'accord.
M : (Le médecin colle les étiquettes) Voilà … Donc là vous marquerez alors votre médecin traitant.
P : Oui.
M : Donc là je vais le noter (Le médecin remplaçant écrit le nom du médecin traitant), voici donc vous n'oublierez pas de noter votre numéro de téléphone.
P : Oui, d'accord, d'accord.
M : Voilà,Voilà, donc une chose une fois que vous avez fait votre prélèvement là donc vous avez fait votre premier prélèvement, les deux prélèvements sur la même selle.
P : Oui.

M : Le petit paquet vous allez le conserver donc çà ce test vous allez le conserver en air ambiant pas dans le frigo.
P : Oui.
M : Et pas au soleil. Donc dans un endroit où… Voilà...
P : Oui, oui.
M : Vous ne mettez pas, vous ne rentrez pas non plus dans...
P : Dans l'enveloppe.
M : Voilà l'enveloppe. Hein ? Ca c'est uniquement à la fin quand vous avez fait vos trois prélèvements.
P : Oui d'accord.
M : Vous mettez dans l'enveloppe et vous l'envoyez rapidement au centre et vous allez voir donc ici vous avez la grande enveloppe c'est déjà hum c'est déjà heu fin c'est déjà timbrée donc vous n'avez pas le souci, pas le problème de rajouter ...
P : Ok, d'accord.
M : Et là vous avez cette feuille là aussi entre lequel il faudra remplir.
P : Oui, d'accord.
M : Ok ? Heu, vous avez des questions ?
P : Heu, non, donc si je fais ça les vendredis, samedi, dimanche.
M : Oui.
P : Par exemple je peux poster lundi. Si je vais trois fois à la selle le dimanche.
M : Oui…
P : Donc le premier traitement donc deux fois la selle.
M : Oui.
P : Et les deux autres aussi pareil à chaque fois il faut deux prélèvements.
M : Voilà exactement, exactement.
P : D'accord.
M : Il faut juste que je regarde (lit rapidement la notice) alors je vois qu'il y a trois plaquettes donc les selles doivent être recueillies dans un récipient propre et sec donc ça je vais vous le laisser.
P : Ouai ouai.
M : Ah non sur trois jours différents.
P : Ah trois jours différents.
M : Voilà, vous avez raison, non, non je me suis trompée donc c'est sur trois jours différents.
P : Voilà d'accord. Donc aujourd'hui, demain et lundi.
M : Voilà c'est ça. Non, non, c'est bien ça j'avais un doute mais effectivement c'est bien ça.
P : D'accord.
M : Donc trois jours différents.
P : Ok, d'accord.
M : Et vous allez toutes les répéter ici (montre le document).
P : Voilà.

Médecin P
Entretien 14
23/07/2010
3 minutes 48 secondes

M : Allez !! ça marche comme ça, oui ça à l'air de marcher, alors ça fait deux ans qu'on l'a fait… le test hémoccult. Donc, on va le recommencer, puisque votre père a eu ce problème, encore une fois, à soixante-quinze ans, ce qui ne justifie pas qu'on fasse une coloscopie. Vous vous souvenez, il y a trois tests à faire.(Médecin sort des documents). Chaque test, c'est deux petits carrés pour mettre un peu de selle, dans le sachet plastique, vous savez, six bâtons puisque il y a un bâton pour chaque carré.
P : Oui.
M : Je ne sais si il y a deux ans, vous avez eu des bâtons ronds ? peut être ?
P : Oui, je pense.
M : Voilà, ils ont fait des bâtons plus pointus maintenant pour vous obliger à prendre un tout petit bout de selle parce que si on met un bâton rond, on en met trop, ça déborde et ça ne va pas !... Vous mettez une petite lentille.
P : Lentille…
M : Dessus, on peut faire une démonstration avec une crème. Bon si vous mettez un tout petit peu de crème là-dessus quand vous rabattez ça, ça va s'étaler comme ça. (Médecin fait une démonstration).
P : Ah oui !
M : Et ça suffit largement. Si vous mettez déjà un morceau comme ça, ça va déborder, hors le test est lu à la périphérie pour voir si il y a du bleu ou non, donc il faut vraiment un tout petit peu, quoi, hein ?
P : D'accord.
M : Ca, c'est vraiment très important donc ce qu'on a faire c'est (Blanc) coller des étiquettes de partout (Blanc, colle les étiquettes). Je vous colle tout comme ça…
Une, deux, trois, quatre même une sur la papier que moi, j'envoie pour dire que je vous ai vu et que je vous ai dit que, oui, il fallait faire le test hein ? La feuille du labo, ça sert à rien, on la met à la poubelle.
P : Oui.

M : Et on met vos étiquettes sur les mêmes endroits, la pochette, les trois tests (blanc) hop, hop, hop et le papier que moi j'envoie en disant : inclusion. C'est la deuxième fois. Voilà, ce n'est pas du bon coté pour…Donc je ne sais pas si vous avez besoin…
P : Je ne sais pas…
M : On est d'accord, donc une fois que vous avez fait, l'important, je vous rappelle, c'est de prélever les selles au sec. Le test n'aime pas l'humidité. Il ne faut pas plonger vos selles dans la cuvette.
P : ah oui, d'accord.
M : Pour prélever ça, j'ai même des petites pochettes pour ça, si vous voulez. On met comme ça sur la cuvette pour que ça ne se mouille pas bon (blanc) hein…dans les nouveaux tests.
Il mette ça maintenant.
P : Mmm.
M : Oui , c'est n'importe quoi et puis vu la quantité qu'il faut parfois et ce qu'il y a sur le papier où on s'essuie, ça suffit. Donc une fois que vous avez fait un test et puis l'autre, le lendemain ou le surlendemain…
P : C'est sur trois jours ?
M : Trois jours ou quatre jours, selon, vous pouvez sauter un jour ou deux, ce n'est pas grave.
P : On met la date ?
M : La date c'est ça le plus important quand vous avez fait le troisième test, il n'y a plus de bâton dans le plastique vous mettez les tests au dernier moment parce que le plastique fait macérer. Voilà, c'est juste pour que votre facteur ne touche pas votre caca, quoi, hein ? Et quand c'est dans le plastique. Dans l'enveloppe, ça part tout seul en enveloppe T puisqu'il n'y a pas de timbre, vous ne payez rien.
P : Super.
M : On fait comme ça.
P : Oui.
M : Allez ! Ca marche.

Médecin P
Entretien 15
23/07/2010
2 minutes 49 secondes

M : ça fait longtemps que vous avez reçu cette lettre ?
P : Avant-hier, avant-hier et je pense que j'ai fait cet examen, ça fait un ou deux ans…
M : Donc il faut vraiment un tout petit peu…
P : Vraiment un tout petit peu, une pointe.
M : Voilà hein.
P : Une pointe oui.
M : Avant il avait des spatules qui était en bois maintenant ils ont fait des choses pointues pour qu'on prenne juste deux petites pointes .Vous avez deux carrés comme ça, je vous dessine sur le papier, vous avez deux carrés comme ça et va falloir prendre un peu de vaseline pour faire la démonstration avec votre petite pointe après avoir prélevé les selles dans un endroit sec parce que le test ne supporte pas l'humidité il ne faut pas les prendre dans l'eau de la cuvette, mais sur un papier…
P : Sur un papier, puis mettre …
M : Ensuite ça suffit une toute petite pointe comme ça.
P : une toute petite.
M : Ensuite on jette le carton.
P : Oui.
M : Avec un autre carton, un autre on prend des selles sur une autre pointe et heu on jette le deuxième carton, ça c'est le test du jour.
P : D'accord.
M : Quand on rabat comme ça on voit que ça s'étale et que ça remplit tout le carré.
P : D'accord.
M : Un carton pour une selle, un carton pour la selle suivante en principe.
P : Ca se fait sur combien de temps ?
M : Donc c'est trois cartons donc c'est trois selles.
P : D'accord.
M : Ca peut être trois selles d'affilée lundi, mardi, mercredi.
P : Oui.
M : Si vous avez une selle tous les jours ou ça peut être lundi, mercredi, vendredi.
P : Mais trois qui se suivent ?
M : Pas forcément.
P : Pas forcément.
M : Oui.
P : D'accord.
M : On peut faire les trois qui se suivent c'est pas plus mal, hein ?
P : Donc si on est constipé une journée (petit rire) le troisième jour.
M : Voilà, si vous avez commencé un vendredi vous ne faites pas le samedi, dimanche si vous n'êtes pas là, voilà et puis le lundi vous le refaites, il n'y a pas de soucis quoi.
P : D'accord.
M : L'important c'est de ne pas dépasser la quinzaine de jours entre le début du test et puis son envoi de façon que le test ne soit pas périmé quoi, hein ?
P : D'accord.
M : Donc moi, je vous colle les étiquettes, il ne reste qu'à mettre les trois tests dans le petit sachet plastique pour que votre facteur n'ait pas à toucher votre caca quoi, hein ?

P : hum.
M : Avant de l'envoyer, vous mettez tout dans cette enveloppe.
P : D'accord ça dedans.
M : Il n'y a rien à timbrer bien sûr.
P : Oui d'accord.
M : Et ça part tout seul à la sécurité sociale.
P : D'accord.
M : Ok. (blanc long) Dernier détail, donc quand vous avez fait le test, vous n'oubliez pas c'est à peu près la seul chose que vous avez à faire, c'est de marquer la date.
P : La date.
M : De façon à ce que quand ça arrive au niveau de la sécurité sociale…
P : D'accord, la date à chaque fois que je…
M : Oui, oui comme ça, quand ça arrive chez eux ils savent que le test n'est pas périmé parce que si dans quinze jours, ils voient 1er janvier ce n'est pas la peine qu'ils analysent…
P : D'accord.
M : hein ? voilà.

Médecin P
Entretien 16
23/07/2010
7 minutes 16 secondes

M : Bon c'est la première fois que vous faites le test ?
P : Oui.
M : Que vous le recevez en tout cas.
P : Oui, oui
M : D'accord et vous n'avez jamais eu d'exploration au niveau des intestins ?
P : Non, jamais.
M : Vous n'avez pas eu de coloscopie, des choses comme ça ?
P : Non.
M : Dans la famille, il n'y a rien de particulier à ce niveau là ?
P : Non rien.
M : Il n'y a pas de cancer, il n'y a pas de choses comme ça ?
P : Non, non
M : D'accord. Très bien.
M : Bon alors, le test qu'est ce que c'est ? On va vérifier que la date soit bonne, il est bon jusqu'en 2011, ça va.
P : oui.
M : C'est un petit test comme ça et un matin par exemple quand vous avez une selle, il faut mettre un petit peu de selle là dessus.
P : Le matin ?
M : Quand vous avez une selle, ça peut être le soir…je ne sais pas…
P : Ah d'accord.
M : Quand vous allez aux toilettes, hein ?
P : Ah d'accord.
M : Il faut recueillir un petit peu de selles, là et là.
P : d'accord.
M : ça c'est pour un jour et comme il y a trois tablettes, ça fait trois jours en tout.
P : Par exemple, je fais lundi, mardi, mercredi.
M : Par exemple, tout à fait. Le principe général du test, c'est qu'il aime pas l'eau. Alors il faut pas aller prendre le caca…
P : D'accord.
M : …Dans le WC, il faut le prendre ou sur un bout de papier en le mettant plus ou moins sur la cuvette ou dans une assiette en carton..
P : D'accord.
M : Bon mais il en faut vraiment un tout petit peu, souvent…
P : Pour que ça déborde pas…
M : Au moment de s'essuyer, il en faut un petit…je vais vous montrer
P : Hum…
M : On va prendre un test ou même un papier simplement qui est périmé, disons, donc vous avez les deux carrés.
P : Oui.
M : Vous recueillez les selles encore une fois sur un endroit sec, il y en a un tout petit peu, ça suffit et dans le sachet, vous avez des petits bâtons pointus comme ça…
P : Oui
M : C'est pointu comme ça pour qu'on en prenne juste un tout petit peu, hein ?
P : D'accord.
M : Alors avec votre bâton vous allez prendre un petit grain comme une petite lentille.
P : oui.
M : Et vous mettez sur le premier carré et puis vous jetez le bâton.
P : Oui
M : L'autre, le deuxième bâton, à un autre endroit des selles, vous le prenez…

P : Par exemple, ça c'est le mardi…
M : Ca c'est le mardi.
P : Le mardi, d'accord. Comme ça, je mets…
M : Donc ça c'est ça c'est le mardi.
P : Oui.
M : On ferme, on met avec la date…
P : Non, c'est lundi et mardi ici ?!!
M : Non, c'est un jour.
P : Ah un jour, les deux, je les mets dans un… D'accord !
M : Les deux dans un même jour.
P : Ah d'accord.
M : D'accord ? Il y a deux carrés, c'est pour un même jour.
P : Ah oui ! il ya trois carrés…
M : Euh… Une fois que l'on a mis les deux tests.
P : Oui.
M : Dans les deux carrés, vous fermez et vous mettez la date, simplement.
P : Ah oui d'accord.
M : Et puis le lendemain ou le jour d'après, on fait les deux autres.
P : D'accord. Oui, oui.
M : Vous voyez que quand vous fermez le test comme ça et que ça s'aplatie, je vous montre sur l'écran ce que ça donne… vous voyez que ça vient bien au milieu du carré là.
P : ah d'accord.
M : Et le test, il va être comme ça en mettant du colorant.
P : Oui.
M : Les dames de la sécurité sociale lisent le test comme ça donc il faut pas déborder parce que si vous en mettez trop, cela va faire ça et c'est pas lisible.
P : D'accord.
M : Donc vous avez vu ce que j'ai mis, juste une petite graine, comme une petite lentille, ça suffit.
P : ah d'accord.
M : Alors le mardi, on va mettre des étiquettes là dessus pour que cela soit plus simple, je vous les colle comme ça cela est fait, je mets une étiquette à moi et une étiquette à vous sur chaque test.
P : D'accord.
M : Comme ça vous il vous reste juste à mettre la date.
P : La date, le jour où…
M : La date c'est important pour que quand ils reçoivent à la sécurité sociale, ils voient que c'est pas périmé.
P : Oui, d'accord.
M : Si vous mettez pas la date, ils vont pas l'accepter, parce que si ils voient la date par exemple du premier janvier, c'est pas la peine de faire le test, c'est pas bon, d'accord ?
P : D'accord.
M : Donc on met les étiquettes là, comme cela c'est déjà fait, on met sur le petit sachet plastique…voilà.
P : Et ça, quand j'ai fini, j'envoie même les bâtonnets…avec…non ?...
M : Non, vous avez pris un bâtonnet pour un prélèvement, vous le jetez. Un deuxième pour le deuxième carré, vous le jetez.
P : Oui.
M : Au bout du troisième jour, il n'y a plus rien là-dedans.
P : Oui.
M : A ce moment là, les trois tests sont remplis.
P : Oui, je les mets dans le sachet.
M : Ils ont la date, vous pouvez les mettre dans le sachet.
P : D'accord.
M : Au dernier moment, parce que le plastique ça fait macérer.
P : Ah ouai…
M : Et ça aime pas l'eau le test donc c'est pas bon.
P : Oui.
M : Il faut pas le mettre au frigo ou quoi, hein ?
P : Oui.
M : Le plastique, c'est simplement pour faire plaisir à votre facteur parce qu'il veut pas toucher votre caca.
P : Oui, d'accord.
M : Alors il n'y a plus les bâtonnets, on met ça dans le sachet, le sachet dans l'enveloppe et ça part à la sécurité sociale. L'enveloppe T et vous n'avez rien à payer.
P : D'accord.
M : Et vous mettez ça à la boîte aux lettres. C'est tout, c'est tout simple.
P : D'accord, oui, oui…Par exemple, si je commence vendredi, samedi, dimanche et lundi…j'envoie lundi et ça part.
M : D'accord. Sans problèmes.
P : D'accord.
P : Je mettrai la date, la date c'est où… la date … ah oui, la date de prélèvements.
M : Voilà, voilà, que vous mettez en bas comme ça. Le reste, on en a pas besoin, on le jette. Il y a un petit papier pour souvenir.
P : Oui.
M : Mais on l'a déjà fait. Il faut pas d'eau. Les étiquettes, on les a déjà mises. Il faut bien mettre un petit peu sur le carré, la date et vous le postez.
P : Oui.
M : Celui-là je l'ai enlevé le promeneur parce qu'il sert à rien.

P : D’accord. D’accord merci.
M : Donc le principe, c’est de voir si il y a du sang dans vos selles.
P : D’accord.
M : Si il y a en a, alors à ce moment là, il faut faire une coloscopie pour vérifier pourquoi il y a du sang.
P : oui, d’accord.
M : Hein ? c’est assez rare, ça se passe une fois sur 50 environs.
P : D’accord.
M : Et l’intérêt du test, il n’est pas très sensible, peut être qu’il y a du sang, un petit peu, mais qu’on ne voit parce qu’on est parti à côté.
P : Oui.
M : Mais comme on répète le test tous les deux ans, on va finir par s’en apercevoir.
P : Ah d’accord.
M : Et on recherche des polypes qui peuvent devenir cancéreux dans dix ans.
P : Oui.
M : Donc en faisant un test tous les deux ans, au bout de dix ans, on est tranquille, on sait qu’il n’y a pas de problèmes.
P : Ah d’accord.
M : D’accord.
M : C’est la répétition des tests qui est intéressante.
P : D’accord.
M : L’APREMAS vous enverra encore ça dans deux ans et vous dira de revenir voir le docteur Papa et à chaque fois, on fera…
P : D’accord. D’accord.
M : D’autres questions ?
P : Non, c’est bon docteur.
M : D’accord, c’est noté comme cela.
P : Merci.
(Blanc qq sec)
M : Oui, donc vous recevez, vous, le résultat et moi aussi, à chacun il est dit que le test… Il est négatif, c’est bon et on refait dans deux ans ou alors le test est positif, il faut faire quelque chose, alors vous retournez voir Docteur Papa et alors moi je sais quoi faire, je vous adresse au spécialiste.
P : D’accord.
M : Il y a toutes les chances que ce soit négatif mais bon…
P : D’accord, merci.
M : Ca vous l’avez rapidement, sur quelques jours au plus…
P : Hier j’ai fait une mammographie, docteur, et ils doivent m’envoyer…
M : Je recevrez ça.
P : D’accord.
M : Pas de problèmes.

Médecin P
Entretien 17
22/08/2010
8 minutes 28 secondes

P : Y a une lettre comme quoi il faut revenir voir son médecin traitant
M : Donc vous avez tout reçu, vous avez les papiers, vous avez tout...
P : Voilà
M : D’accord... Donc on va faire le tri, ça c’est de la pub donc on va la jeter sinon on a pas fini
P : oui, on peut le jeter...l’enveloppe il faut la garder
M : Ca c’est un pense bête, on va en garder un seul.
P(femme) : Oui des fois je jette alors qu’il ne faut pas jeter
M : Ca c’est le papier pour le laboratoire, ça sert à rien donc on le jette parce qu’en France, il y a beaucoup de papiers inutiles...
P2(homme): Oui.
M : Alors on va faire une feuille que j’envoie moi à l’ APREMAS pour leur dire que je vous aie bien vu..
P : Oui, d’accord ;
M : Et que donc effectivement, il faut que vous fassiez ce test. Donc je mets les étiquettes à moi (Médecin met les étiquettes) et puis une étiquette à chacun de vous.
M : Et ça c’est moi qui l’envoie à la PREMAS pour leur dire que Mr et Mme X sont inscrit..
P : D’accord.
M : Et que je leur ai dit comment on faisait et donc ils vont vous envoyer le test, d’accord ?
P : D’accord.
M : Ca c’est simple. Ensuite vous avez un, deux, trois.....
P1 : Encore deux...
M : Vous en avez reçu combien...40 milles
P2 : C’est à dire qu’on en a reçu...
P1 : On ne les a pas compté.
P2 : Mais comme on ne l’a jamais fait, on les a gardés...
M : D’accord. Donc Trois chacun ça suffira.
P : Donc, j’ai encore plein...
(Blanc long)

P2 : Autant le faire, ça coûte pas grand chose et on est plus tranquille.
M : C'est un bon test qui permet de dépister si il y a du ...
P : Sang.
M : Sang dans les selles et si il y en a, à ce moment là, ça nous dit qu'il faut faire une coloscopie pour aller vérifier.
P : D'accord.
M : Quand vous faites un dépistage, la mammographie par exemple.
P1 : Oui, oui.
M : Dans le cancer du sein..
P : Oui.
M : bien, quand on trouve quelque chose, on trouve un cancer.
P2 : Oui.
M : C'est le bonheur, c'est bien, mais ça reste quand même un cancer...

P12 : Oui.
M : Alors que là, quand on trouve quelque chose, quand il y a du sang et bien 8 fois sur 10 ça va être un polype.
P : oui.
M : C'est pas encore un cancer.
P : ah d'accord.
M : Donc ça se traite facilement
P : oui
M : et donc c'est ça qui est sympathique dans ce dépistage.
P : Oui.
M : voilà alors on a collé les étiquettes, le plus gros du travail…
P : Oui.
M : La plus grosses difficulté pour vous, je vous disais, c'est de ne pas mélanger les tests pour que chacun vous ayez vos tests de votre côté, hein ?
P :
M : Donc alors je vais marquer ces étiquettes pour vous aussi comme ça vous avez les noms et vous ne vous trompez pas…
P : On est fatigué en ce moment.
M : Oui.
M : Ca c'est pour madame…ça c'est pour monsieur (le médecin place les étiquettes sur chaque carton) (blanc long 10 secondes)
P2 : Parfait.
M : Donc quand vous avez …(blanc quelques secondes)
P : Ça c'est les miens et ça c'est les tiens…
(médecin donne les documents)
M : Il faut pas les mélanger.
P2 : Oui.
M : Les enveloppes vous les avez, vous, les enveloppes ?
P : On en a une…
M : Les enveloppes en carton vous les avez ?
P : Ah, non…(blanc)…on a celle là…
M : Cette enveloppe n'est pas destinée à recevoir les tests.
P : Alors je n'en ai pas…
M : Vous n'en avez pas.
P : Non.
M : C'est curieux qu'ils vous mettent tout sauf l'enveloppe…Bon, allez !... C'est pas grave, on va y arriver.
(Médecin sort des enveloppes)
M : Ca c'est l'enveloppe pour vous et ça c'est l'enveloppe pour votre femme.
P : voilà.
M : Alors comment ça se passe, le test il aime pas l'eau, d'accord ? Donc il faut pas prélever les selles au fond de la cuvette, dans l'eau mais il faut mettre un carton, un papier journal.
P : oui…
M : On en met tellement peu sur le test que ce qui reste sur le papier quand on s'essuie, ça peut suffire.
P : Oui, d'accord.
M : Alors une fois qu'on a… Je vous montre avec une pommade pour voir comment ça marche.. Une fois qu'on a prélevé un peu de selles quelque part…
P : Une assiette en carton.
M : Oui voilà une… Avec le petit bâton, avant il y avait des bâtons arrondis, maintenant ils ont fait des pointus pour qu'on en prenne un peu moins.
P : D'accord.
M : hop ! Sur un endroit des selles on va prendre un tout petit peu là hein ?
P : Oui d'accord.
M : Et on va le mettre la dessus, d'accord ?
P1+2 : Oui.
M : Et c'est tout et puis on jette le bâton. Avec un autre bâton, sur un autre endroit, on en prend un petit peu et on va mettre dans le deuxième carré.
P1+2 : Oui
M : Et quand je ferme comme ça, vous voyez que ça s'étale (Le médecin fait la démonstration devant les patients)
P : Ah !
M : Et là, j'en ai pas mis beaucoup, si j'en avais mis plus, ça aurait débordé et le test ne serait pas bon, donc vraiment un tout petit peu, comme une petite lentille, d'accord ?

P : D’accord.
M : Une fois que ça c’est fait, le seul travail que vous avez à faire c’est de mettre la date.
P2 : Bien.
P : Oui
M : Comme ça quand ils reçoivent le test, ils savent que c’est pas périmé.
P : Mmm.
M :Parce que maintenant si ils reçoivent un truc de janvier, c’est pas la peine qu’il le fasse
P2 : Oui, bien sûr.
M : Donc un test, (Le médecin montre les plaquettes) le lendemain ou le surlendemain une autre selle, un autre test et même chose pour le troisième…
P : Oui.
M : Quand vous avez fait les trois, il n’y a plus rien dans le sachet plastique, à ce moment là et à ce moment là seulement parce que le plastique ça fait macérer quand ça reste trop longtemps.
P : Oui, oui.
M : Vous mettez ça dans le plastique, les trois tests dans le plastique, plastique dans l’enveloppe et ça part.
P : Ca part…
M : A la poste gratis …
P : D’accord.
M : Le plastique, c’est parce que votre facteur ne va pas toucher votre caca.
P : Oui, oui.
P2 : Donc c’est pas obligé que ça soit trois jours d’affilé ??
M : Non. Non, non…
P : Ah moi je croyais qu’il fallait trois jours…
M : Vous pouvez faire demain matin après samedi dimanche vous partez à la montagne et puis lundi ou mardi en revenant, vous faites les deux autres sans problèmes.
P1+2 : Ah !!! (grand soulagement) On croyait que c’était un jour derrière l’autre, vous voyez ?
M : Sans problème, il faut seulement que les trois jours ça ne dépasse pas 15 jours parce que ça fait trop… périmé.
P : Non mais enfin il vaut mieux faire tout de suite moi je crois,
M : Très bien.
P2 : bon bien on va faire ça.
M : Très bien

Médecin N
Entretien 18
01/04/2010
2 minutes 22 secondes

M : Alors vous allez me donner votre petite invitation de la sécurité sociale... vous l’avez déjà rangée?
P : Oui.
M : Alors donc ce test, ça permet de rechercher du sang dans les selles.
P : Oui.
M : Le sang dans les selles ça peut être bien sûr... ce qu’on recherche c’est un cancer. C’est le plus important..
P : Oui, oui.
M : Mais ça peut être aussi un hémorroïde, un polype...
P : Oui, oui..
M : Vous n’avez jamais constaté de sang dans les selles, vous, jusqu’à présent?
P : Non, j’ai eu un peu d’hémorroïdes, fut un temps…mais...
M : D’accord.
P : Il y a longtemps.
M : Donc, là vous avez une notice explicative, mais je vais vous expliquer. (Médecin montre le document). Là vous avez un petit document administratif. Je vous colle les étiquettes, donc il faudra remplir la première partie ici. D’accord.
P : D’accord.
M : Cette partie là vous n’y touchez pas.
P : D’accord.
M : Alors dans ce petit sachet vous avez trois cartons sur lesquels vous allez faire le recueil de selles.
P : D’accord.
M : D’accord, vous n’oubliez pas de mettre les étiquettes sur chaque carton.
M : Il y a 3 cartons sur lesquels vous allez faire le recueil de selles.
P : C’est ce que…heu.
M : Voilà elles sont là. Voilà
P : D’accord.
M : Je vous colle l’étiquette déjà sur celle-là.
M : Donc Il y a trois cartons qui s’ouvrent. D’accord. Heu…Il faut faire des recueils de selles trois jours de suite si possible.
P : D’accord.
M : Si vous n’avez pas de selles, ça reporte d’une journée.
P : Oui, oui…
M : D’accord, hein ? Mais il faut que cela soit trois jours, trois selles sur trois jours différents.

P : D’accord.
M : Vous recueillez deux morceaux de selles à chaque fois. D’accord, il y a des petites spatules, six spatules, deux spatules par jour. Quand vous avez fini vos tests, vous les mettez dans le petit sachet ici, vous refermez et vous mettez ce sachet avec la fiche administrative, dans cette enveloppe–ci, qui est déjà affranchie avec l’adresse, d’accord ?
P : D’accord.
M : Vous recevrez les résultats environ d’ici un mois. D’accord ? Vous recevrez les résultats avant le médecin. Donc si c’est positif, cela veut dire qu’il y a du sang dans les selles, donc il faut revenir nous consulter avant que l’on vous appelle.
P : Oui, oui …d’accord.
M : Ce n’est pas forcément grave, mais çà... certainement si c’est positif, après on envoie chez le Gastroentérologue pour faire des examens complémentaires. Est-ce que vous avez des questions ?
P : Heu.. .la comme çà non.
M : Non ! Alors techniquement il ne faut pas que les selles touchent, rentrent en contact avec l’urine, avec les eaux des toilettes…
P : D’accord.
M : Donc si possible faites dans un sac en plastique... enfin trouver un moyen ingénieux …pour faire
P : Bah oui.
M : D’accord.
P : D’accord.
M : Voilà
P : OK, ça marche.

Médecin N
Entretien 19
19/04/2010
2 minutes 18 secondes

M : Alors donc ce test sert à rechercher du sang dans les selles. Vous même vous avez déjà eu du sang dans les selles ou pas ?
P : (mouvement de la tête)
M : Jamais. Vous n’en avez jamais constaté ? D’accord. Est-ce-que dans votre famille, il y a des…, vous avez des parents, des frères et sœurs qui ont déjà eu des cancers du colon ?
P : Colon, non, maman cancer du sein et puis un cancer du pancréas.
M : D’accord. Vous avez déjà fait une coloscopie vous-même ?
P : Jamais.
M : Jamais. D’accord. Je vais vous expliquer comment cela ce passe, donc là vous avez la petite fiche explicative (Le médecin montre les documents), d’accord, donc là, il y a déjà heu…la fiche… d’information, donc là, vous remplissez la première.
P : D’accord.
M : Je vous aide en collant l’étiquette, voilà, donc il faut remplir la première partie.
P : Oui.
M : D’accord. La deuxième ici au niveau médical, voilà. Dans le sachet ici, il y a trois cartons. D’accord ? Sur lesquels vous collerez bien vos étiquettes, pour qu’on puisse vous identifier, il faudra aussi indiquer la date des recueils des selles sur chaque carton.
P : A raison de combien ?
M : Et alors, il y a trois cartons donc il faut faire un prélèvement de selles sur…un par jour pendant trois jours.
P : D’accord.
M : D’ accord.
P : Demain, par exemple demain…mardi, mercredi, jeudi.
M : Voilà.
P : Après j’envoie.
M : Voilà, après vous envoyez. Donc sur chaque carton, vous avez un féta par jour. Il faut recueillir deux petits morceaux de selles. Donc il y a deux spatules par jour. 2x3=6, il y a 6 spatules. D’accord. Il faut recueillir des selles de la taille d’un grain de riz à peu près, vous étalez, il ne faut pas que les selles rentrent en contact avec l’eau ou avec les urines.
P : D’accord.
M : D’accord. Quand vous avez fini les tests, donc trois jours de tests, vous remettez les cartons dans le petit sac qui est ici. D’accord. (Médecin montre le sachet). Vous refermez et vous mettez dans l’enveloppe T ici qui est déjà affranchie et vous mettez la feuille de renseignement.
P : D’accord très bien.
M : D’accord. Vous recevrez les résultats d’ici un bon mois d’accord. Si le résultat est positif, je vous invite à reprendre rendez-vous avant que l’on vous téléphone parce que nous avons les résultats bien plus tard que vous.
P : Hum, hum.
M : D’accord, est-ce-que vous avez des questions ?
P : Positif ou négatif de toute façon il faut que je vous contacte.
M : Négatif, non…s’il n’y a pas de sang dans les selles ce n’est pas, on va dire que ce n’est pas la peine, nous on les reçoit mais beaucoup plus tard, ce sera mis dans votre dossier.
P : D’accord. En cas de problème je viens vous voir.
M : Si c’est positif, il faut venir. Vous savez normalement, en général… on envoie faire une coloscopie, en général.
P : D’accord. Ok, très bien, je vais le faire.
M : D’accord.
P : Très bien docteur.
M : Voilà.

Médecin N
Entretien 20
17/05/2010
5 minutes 1 seconde

M : Donc c'est le test que vous allez réaliser, ça sert a rechercher du sang dans les selles
P : D' accord.
M : D'accord, actuellement vous n'avez pas de sang, de troubles du transit ?
P : ah…… heu …des fois quand je mange un peu épicé, j'ai des….ah … heu…
M : Des brûlures, des…
P : Sur le bord…
M : D'accord, mais il n'y a jamais eu de sang, non ?
P : Quand je m'essuie, j'en ai un petit peu...
M : D'accord, donc là, actuellement, vous en avez là ?
P : Là non.
M : D'accord, parce que il ne faut pas le faire quand on a des hémorroïdes, sinon, sinon ça fausse le résultat.
P : Voila c'est ce que j'allais vous demander.
M : Donc vous allez voir, vous n'avez pas d'antécédent personnel de cancer du colon ?
P : Non.
M : Pas dans la famille en tout cas ? Pas de coloscopie récente, jamais ?
P : Non.
M : D'accord, alors vous allez voir déjà au niveau administratif, alors vous avez cette première partie à remplir, d'accord ? Je vous colle déjà votre étiquette, vous remplissez la partie du haut, la partie du bas ne vous concerne pas.
P : D'accord.
M : D'accord, là vous avez une petite fiche explicative, d'accord, je vais donnez aussi des explications, donc dans le sachet là, ici, il y a trois petites tablettes sur lesquelles vous n'oubliez pas de mettre vos étiquettes qui se trouvent ici.
P : D'accord.
M : Et vous mettez la date sur le recueil des selles d'accord.
P : Hum.
M : Idéalement, il faut recueillir des selles sur trois jours de suite, d'accord.
P : D'accord.
M : Premier jour, vous allez recueillir deux petits morceaux de selles, d'accord ? Vous ouvrez la tablette, vous avez deux petits bâtonnets, d'accord ?
P : D'accord.
M : Il y a deux petits emplacements, les morceaux de selles doivent avoir la taille d'un grain de riz, d'accord ? vous étalez avec heu …(Le médecin montre la spatule) une spatule et là avec une deuxième spatule, d'accord, il faut pas que les selles rentrent en contact avec l'eau, donc essayez de faire heu… vous faites ça de façon un peu ingénieuse, dans un petit sac en plastique, enfin bon quelque chose comme ça ,d'accord ? Donc, premier jour vous recueillez deux petits morceaux de selles, le deuxième jour ou le jour suivant sur une autre selle, d'accord ? et le troisième jour... Il faut que ce soit trois jours différents.
P : D'accord, oui.
M : D'accord, pas trois selles du même jour.
P : D'accord.
M : D'accord, idéalement il faut commencer à faire… si vous voulez le test, il faut l'envoyer au maximum dix jours après le recueil de la première selle.
P : D'accord.
M : D'accord, sinon ça ce périme. D'accord ? Quand vous avez fini vos trois jours de test, vous prenez les petites tablettes en carton vous les mettez dans le petit sachet vous refermez, j'ai déjà mis votre nom et vous mettez ce sachet avec la feuille de renseignement dans l'enveloppe qui ai déjà affranchie, pré-timbrée vous n'avez plus qu'à la mettre à la poste
P : Bon, d'accord.
M : D'accord, d'ici, il faut bien compter un bon mois pour avoir les résultats.
P : Bon.
M : D'accord, si c'est marqué qu'il y a pas de sang dans les selles, c'est que le résultat est normal, si il y a du sang dans les selles je vous invite à revenir consulter, parce que moi, si je vois que vous avez un résultat positif, je vais vous appeler mais en général, on les a beaucoup plus tard les résultats.
P : D'accord.
M : D'accord, voilà je vous remets tout ça.
P : Donc un prélèvement un, deux trois fois…
M : Trois fois, trois jours différents.
P : Après je mets dans l'enveloppe et je ferme.
M : Voilà, est-ce que vous avez des questions ?
P : Non, la seule question que je voulais vous poser c'est que, de temps en temps, j'ai des heu…quand je mange épicé.
M : Hum.
P : Oui si je mange épicé ou si je heu...admettons si je bois un alcool un peu fort.
M : Hum, hum
P : Eh bien, j'ai des, quand je…je m'essuie.
M : Oui.
P : J'ai des petits trucs, des heu...un petit peu de sang, c'est des heu... Non, parce qu'après, il m'avait dit c'est normal parce que c'est des petits vaisseaux.
M : Oui.
P : Avec le piment ou la moutarde bah heu…qui fait péter ça.
M : D'accord, ok mais ça vous occasionne des douleurs ?

P : Non, non rien du tout, parce que je m'en aperçois uniquement que heu…
M : A ces moments là, des moments bien précis, d'accord.
P : Par contre, si je conduit trop trop longtemps, si je ne me mets pas un coussin sous heu..
M : hum, hum.
P : Sous la voiture ou si je reste trop longtemps sur du cuir.
M : D'accord…
P : Ca me le fait de temps en temps.
M : D'accord, bon de toute façon on va faire le test et puis je pense que si c'est négatif déjà on sera rassuré, mais même si les manifestations locales persistent dans ce cas là alors je vous enverrai chez le gastroentérologue pour au moins qu'elle regarde au niveau local si il y a quelque chose. Il y a peut être des hémorroïdes.
P : Mais c'est…
M : (coupe la parole) Mais c'est ancien.
P : Oui, mais c'est une fois tous les heu…
M : C'est très irrégulier.
P : Oui, oui, c'est une fois tous les, je ne sais pas heu…j'en sais rien, peuh…j'en sais rien une fois par mois ou deux mois ou trois mois, des fois, ça vient comme ça
M : D'accord.
P : Si je reste trop longtemps sur des sièges en cuir vous voyez.
M : Hum, hum.
P : Ben ca peut me le faire.
M : D'accord.
P : Mais c'est superficiel.
M : C'est superficiel.
P : Voilà.
M : Ce n'est vraiment pas du sang dans les selles.
P : Non, non.
M : Voilà, c'est certainement au niveau local, d'accord, donc je vous redonne tout ça.
P : C'est une tous les trois mois ou six mois, c'est….c'est …bof des fois je m'en aperçois, des fois je ne m'en aperçois pas, c'est pour ça que je vais faire attention quand je ferai le prélèvement je ferai attention que...
M :Voilà il ne faut pas qu'il y ait de sang, ne le faites pas si vous avez eu du sang sur le papier les jours précédents.
P :Voilà.
M : On sait qu'il y a du sang donc ça n'a aucune valeur, le but là, c'est de voir si il y a un saignement, on va dire, au niveau plus haut, si c'est au niveau rectal, anal, ça ne joue pas.
P : Non, là, ça fait un moment que je n'en ai pas.
M : D'accord.

Médecin N
Entretien 21
21/05/2010
4 minutes 27 secondes
P1 : Femme
P2 : Homme

M : Alors, heu …cette invitation ça sert à rechercher... c'est un dépistage organisé du cancer du colon.
P1+2 : Hum, hum.
M : Ca sert à rechercher du sang dans les selles.
P2 : Ouai.
M : Le sang dans les selles, c'est un signe d'alerte pour des maladies éventuellement un petit peu plus embêtantes, notamment le cancer.
P2 : D'accord.
M : Vous, actuellement, vous n'avez aucun symptôme, pas de sang dans les selles.
P1 : Non, jamais.
M : Rien, dans votre famille, pas d'antécédent familial du cancer du colon ?
P1 : Non.
M : Est ce que vous avez déjà fait vous-même une coloscopie ?
P1 : Moi jamais.
M : Jamais.
P2 : Moi, j'ai déjà fait madame.
M : D'accord.
P1 : Mon mari…oui, déjà deux fois, je crois.
M : Pour l'instant, on parle de madame.
P2 : D'accord.
M : Alors, on va donc... Voilà donc ça, il y a déjà des petites étiquettes, donc je vais vous coller ce qu'il faut (le médecin colle les étiquettes) donc là je vous colle votre étiquette, il faudra remplir la première fiche administrative. Là en bas, vous ne faîtes rien, d'accord ?
P2 : Tout de suite ?
M : Non, non.
M : Vous ferez ça tranquillement à la maison.
P1, 2 : D'accord.

M : Voilà vous remplissez ça, voilà donc il y a là un mode d'emploi, je vais vous expliquer. Donc cette partie là vous allez avoir trois petits cartons, d'accord ? Qui vont permettre le recueil des selles, d'accord, le carton qui s'ouvre sur le dessus vous n'oubliez pas de mettre une étiquette sur chaque carton, et la date du recueil des selles.
P1 : Le recueil des selles... Comment que je fais ?
M : Alors attendez, j'arrive.
P1 : Ouai.
M : Vous allez devoir prendre des selles sur trois jours différents, d'accord ? Donc si possible, trois jours consécutifs si vous n'avez pas de selles, si vous avez une selle le lundi et le mercredi et le vendredi ce n'est pas grave, il ne faut pas qu'il y ait trois selles du même jour... d'accord ?
P1 : D'accord, chaque jour heu…
M : Chaque jour vous allez recueillir des morceaux de selles, d'accord ?
P2 : Un tout petit peu.
M : Un tout petit peu, donc vous avez des petites spatules d'accord pour recueillir les selles de la taille d'un grain de riz. D'accord ? Vous allez voir sur les petits cartons, vous avez deux petits emplacements. Le premier jour vous recueillez deux petits morceaux de selles avec les deux spatules différentes. D'accord ? Vous prenez les petites spatules.
P2 : En mettant ?
M : Avec les spatules, vous prenez un petit morceau de selles et vous étalez sur le petit A après vous enlevez la spatule, d'accord ? Il faut mettre sur le petit emplacement.
P2 : Sur l'emplacement ?
M : Sur l'emplacement, d'accord ? vous voyez des heu… la on voit sur le schéma il y a deux petits heu… petits emplacements vous prenez et vous étalez là de la taille d'un grain de riz.
P1 : Hum hum…
M : Deux fois avec deux spatules différentes, d'accord ? Ensuite attention, il ne faut pas que les selles rentrent en contact avec l'eau ou avec l'urine.
P1 : Ah !
M : d'accord, donc il faut faire un petit caca dans un petit sac plastique ou plus ingénieux.
P1 : Ca va être un peu compliqué ça.
P2 : Mais non ça ne va pas être compliqué.
M : Non ça ne va pas être compliqué.
P2 : Aller ! fais un effort, tu vas...
M : Il faut faire un effort, non ?!
P2 : Bah oui.
M : Voilà, donc quand vous avez fini vos recueils sur trois jours différents, d'accord ?
P1 : Pas tout dans le même jour ?
M : Pas le même jour…
P2 : Non, pas le même jour.
M : Le premier jour sur la première selle vous recueillez deux petits morceaux de selles.
P1 : Voilà.
M : Le deuxième ou le jour suivant où vous avez des selles… voilà deux petits morceaux de selles, la troisième fois encore deux petit morceaux de selles d'accord. Par contre il ne faut pas, entre le premier jour et le jour ou vous l'envoyer, il faut moins de dix jours qui s'écoulent sinon ça ce périme d'accord ?
P2 : Oui, oui.
M : Mais bon, vous aurez bien trois selles ? Oui…
P2 : Oh, Ouai.
P1 : Heu… il faut moins de dix jours.
M : Moins de dix jours.
P1 :Et après il faut…
M : Alors je vous explique quand vous avez fini vous mettez les trois cartons dans le petit sachet là, ça se détache et vous fermez, j'ai déjà mis votre nom, sympa ?
P2 : Oui.
M : Après, le petit sachet là avec la fiche administrative vous mettez dans l'enveloppe là.
P 2: Et on envoie.
M : Et la destination elle est timbrée, plus qu'à mettre à la poste.
P2 : C'est timbrée dans …
M : C'est timbrée, d'accord ? Vous recevrez les résultats d'ici un mois. Moi, je reçois un courrier ici mais après si jamais il y a marqué qu'il y a présence de sang dans les selles je vous invite à revenir avant que je ne vous appelle.
P1 :D'accord.
M : D'accord ?
P2 : D'accord.
M : Est-ce que vous avez des questions ?
P1 : Des questions ? Pourquoi ?
M : Je ne sais pas ?
P1 : Pour savoir, non, je...
M : Est ce que ça vous parait clair ?
P2 : bah oui… c'est clair.
M : Ah ! Ça c'est monsieur qui dit que c'est clair
P2 : Bah oui.
M : C'est monsieur qui dit que c'est clair mais c'est madame qui doit le faire.
P2 : Mais si c'est clair, bah on va s'en occupez.
P1 : Mais je n'ai pas trop besoin de ça... ? Mais je ne sais pas...
M : Alors le but c'est de rechercher du sang que l'on ne voit pas
P2 : Bah oui.
M : Parce que si vous me dîtes aujourd'hui j'ai du sang dans les selles, moi qu'est ce que je fais, je vous envoie directement chez le gastroentérologue faire une coloscopie

P2 : C'est, c'est…
M : C'est du sang que l'on appelle microscopique
P2 : Recherches ! c'est important.
M : C'est du sang que l'on ne voit pas donc si on recherche pas on va pas le savoir. Un peu comme vous faites les mammographies, c'est un dépistage. Vous ne sentez rien, c'est pareil. C'est de la prévention.
P1 : D'accord.
M : D'accord.

Médecin N
Entretien 22
20/05/2010
2 minutes 28 secondes
Invitation date d'Octobre 2008.

P : Je n'ai pas jeté mon test.
M : C'est déjà bien de ne pas l'avoir jeté.
M : Voilà, alors ce test sert à rechercher du sang dans les selles. Actuellement vous n'avez pas de sang dans les selles ?
P : Non.
M : Est-ce que vous avez déjà passez une coloscopie ?
P : Non.
M : Non, jamais, est ce que dans votre famille, vos parents, vos frères et sœurs ont des antécédents digestifs ?
P : Non.
M : Des cancers du colon ? Rien du tout ? D'accord ? Alors il y a déjà un petit formulaire administratif, voilà donc il faudra remplir la première fiche à partir du haut, la partie du bas ne vous concerne pas d'accord ? Donc vous avez un petit formulaire qui vous explique, voilà dans le petit sachet ici il y trois petits bâtonnets pour recueillir les selles, d'accord ? Vous n'oublierez pas de mettre une étiquette sur chaque carton.
P : D'accord.
M : De mettre la date du prélèvement sur chaque carton, d'accord ? Parce qu'en faîte il faut recueillir des selles trois jours si possible trois jours de suite, d'accord ? Si vous n'avez pas de selles, ça décale d'un jour mais il ne faut pas que soit le même jour si vous avez trois selles du même jour, il ne faut pas recueillir sur le même jour.
P : D'accord.
M : D'accord. Le premier jour vous allez avoir deux petits morceaux de selles, voilà sur l'image vous avez deux emplacements , à l'aide de spatules, donc il y a deux spatules par jour, six spatules au totale. Le prélèvement doit avoir la taille d'un grain de riz, d'accord ? Il ne faut pas que les selles rentrent en contact avec l'eau ou les urines donc faut être un petit peu… un dispositif un peu ingénieux , donc quand vous avez fait le prélèvement, vous datez pareillement pour les trois jours, d'accord ? Quand les prélèvement sont terminés, vous mettez les trois cartons dans ce petit sachet, vous détachez, vous refermez. Je vous ai mis l'étiquette et vous envoyez le petit sachet avec la fiche administrative dans l'enveloppe là (le médecin montre l'enveloppe), il y a déjà l'adresse, c'est déjà timbré.
P : D'accord ok.
M : Vous recevrez les résultats d'ici un bon mois, d'accord, moi je reçois un double si c'est noté présence de sang dans les selles, je vous invite à reprendre contact.
P : Ok.
M : D'accord. Est ce que vous avez des questions ?
P : Non, mon épouse, elle l'a fait heu… il y a deux mois.
M : Ca n'a pas posé de problèmes techniques particuliers.
P : Non, non.
M : Ca vous parait simple ?
P : C'est plus simple qu'auparavant.
M : Voilà.

ANNEXE V - Exemple d'invitation





Cergy St Christophe, le 14 Juin 2010



16548 03813

Référence N° : C950132820

MMI

Les partenaires du programme













Le ministère chargé de la Santé nous a confié la mise en oeuvre du dépistage des cancers dans votre département en relation avec votre médecin traitant. Dans ce contexte, nous vous avons écrit à deux reprises pour vous inviter à participer au dépistage du cancer colorectal (ou cancer de l'intestin). Mais à notre connaissance, vous n'avez pas encore réalisé le test.

Pourtant, ce sujet de santé vous concerne directement. Le cancer colorectal est fréquent chez les hommes et les femmes à partir de 50 ans. Et il peut être grave. Mais on sait que dépisté à un stade précoce, il se guérit dans 9 cas sur 10.

Peut-être n'avez vous pas consulté votre médecin traitant. C'est pourquoi nous vous adressons le test de dépistage, pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Ce test est à réaliser chez vous et à renvoyer au laboratoire au moyen de l'enveloppe T. La démarche est simple.

Elle se déroule en trois étapes :

Etape 1 - Répondre au questionnaire « Etes-vous concerné par le test ? » (questionnaire au dos de cette page)
Etape 2 - Réaliser le test à l'aide du mode d'emploi
Etape 3 - Envoyer le test et la fiche d'identification au laboratoire au moyen de l'enveloppe T fournie (enveloppe marron)

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin traitant ou à nous contacter au N° vert 0800 332 357 (gratuit).

Le Médecin coordinateur



Présentez cette lettre et vos étiquettes au médecin en début de consultation.



Conformément à la loi n° 78-17 du 6.01.78 CNIL, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations personnelles vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier.
PSVO - Immeuble le CENTAURE - 14 A avenue du Centaure - 95800 Cergy Saint-Christophe

ANNEXE VI – Dépistage en fonction du niveau de risque (INCa)

Conduites à tenir

2. Dépistage en fonction du niveau de risque

Sujet à risque moyen

Hommes et femmes de de 50 ans à 74 ans asymptomatiques

→ Test au gaïac

- négatif → - Surveiller les symptômes - Renouveler 2 ans plus tard
- positif → Coloscopie

dépistage organisé

Sujet à risque élevé

- ATCD personnel de CCR ou adénome
- ATCD familial de CCR ou adénome (1 parent 1er degré<65ans, ou 2 parents 1er degré quel que soit âge)
- ATCD maladie inflammatoire chronique (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn)

→ Coloscopie

Sujet à risque très élevé

- Polypose adénomateuse familiale
- Cancer colorectal héréditaire non polypoïde (HNPCC ou syndrome de Lynch)

→ Consultation d'oncogénétique

dépistage individuel

SFED

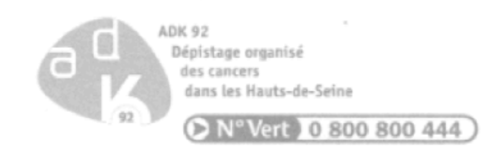
Institut National du Cancer

20

Le dépistage organisé du cancer colorectal

ANNEXE VII – Exemple de mode d'emploi du test hémoccult



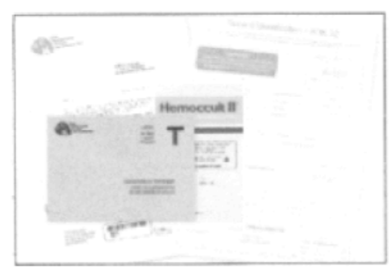




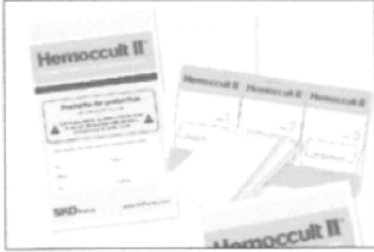
MODE D'EMPLOI DU TEST HEMOCCULT®

Aucun régime alimentaire n'est nécessaire (sauf boudin à éviter).
Vous pouvez continuer à prendre vos médicaments habituels (sauf Fer et Vitamine C).
Pour les femmes, ne pas réaliser ce test en période de règles.

Vous venez de recevoir ce test, faîtes le rapidement.
Avant de le faire, il est recommandé de bien lire le mode d'emploi en entier.
Pour toutes questions, n'hésitez pas à appeler le centre de coordination ADK 92 au 0800 800 444 (numéro vert).



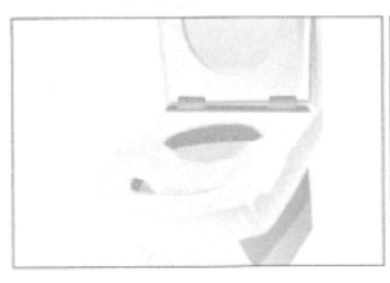
Rassemblez la lettre d'invitation* avec **ses étiquettes code à barres** autocollantes, la pochette Hémoccult®, la fiche d'identification et l'enveloppe T marron.
*Si vous ne l'avez pas reçue, appelez ADK 92 au 0800 800 444



Ouvrez la pochette Hémoccult®. Elle contient une pochette de protection, une plaquette avec 3 volets, 6 spatules et 3 dispositifs de recueil des selles.



Collez une étiquette code à barres sur la face arrière de la plaquette.



Utilisez le dispositif de recueil des selles (matières fécales) fourni. Fixez-le sur la partie arrière de la cuvette des WC en le coinçant sous la lunette.



Attention : Pour garantir l'efficacité du test, la selle ne doit pas entrer en contact avec du liquide (eau, urine, javel).

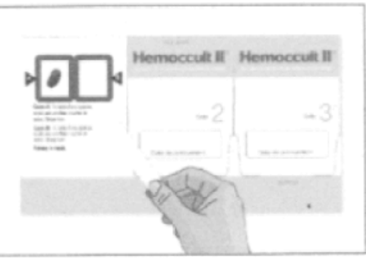


Vous pouvez aussi utiliser un récipient propre et sec : sac plastique, cuvette, papier journal, etc.

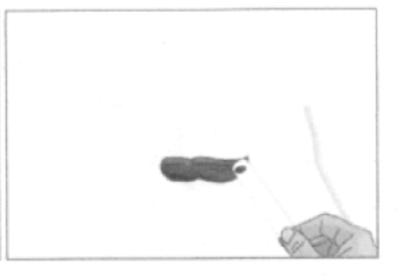
ATTENTION : Le délai entre le 1er et le 3ème prélèvement ne doit pas dépasser 9 jours.



Avec une spatule, prélevez un petit échantillon **pas plus gros qu'une lentille ou un grain de riz** (attention, si le prélèvement est trop gros, le laboratoire ne pourra pas analyser le test).

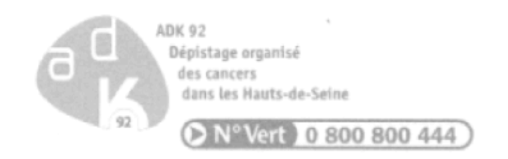


Soulevez la languette nommée « selle 1 ». Déposez et étalez l'échantillon sur le cadre A de la plaquette. Jetez la spatule à la poubelle.



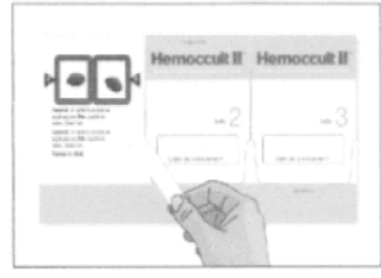
Avec une autre spatule, prélevez un deuxième échantillon de même taille à un autre endroit de la même selle.



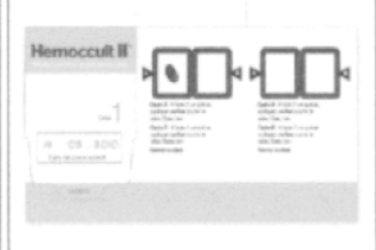




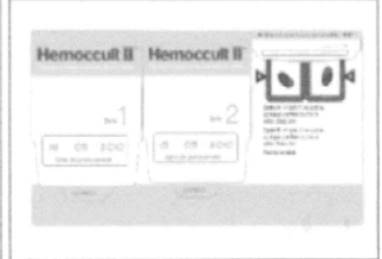
Pour tout renseignement, appelez ADK 92 au 0800 800 444 (numéro vert)



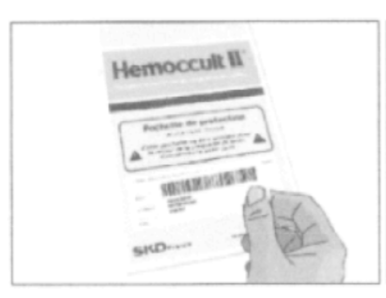
Appliquez puis étalez cet échantillon sur le cadre B, sous la même languette.
Jetez la spatule à la poubelle et le dispositif de recueil des selles directement dans les WC.



Fermez le volet et indiquez la date de prélèvement. **Conservez la plaquette en dehors de la pochette de protection à température ambiante, jusqu'à l'expédition.** Cette opération est à réaliser sur 3 selles consécutives.



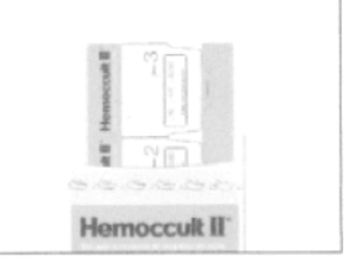
Chaque prélèvement doit être réalisé avec une nouvelle spatule. Si vous allez à la selle en oubliant d'effectuer un prélèvement, vous pouvez le faire sur la selle suivante.



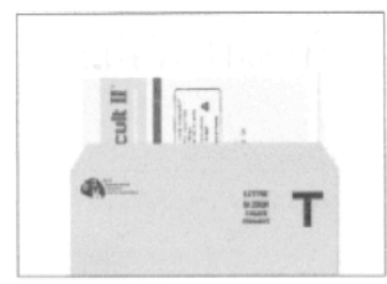
Collez une étiquette code à barres sur la pochette de protection à l'emplacement prévu.



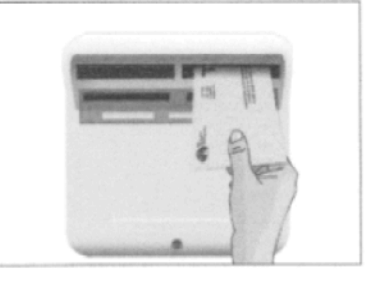
Collez une étiquette code à barres sur la fiche d'identification.
Indiquez les coordonnées de votre médecin traitant s'il n'a pas collé sa propre étiquette.



Une fois le dernier prélèvement effectué, vérifiez bien que vous avez collé votre étiquette code à barres et noté les dates de prélèvement sur la plaquette.
Placez-la ensuite dans la pochette de protection que vous fermerez.



Placez la pochette de protection fermée et la fiche d'identification dans l'enveloppe T marron.



Postez l'enveloppe sans affranchir.
Vous recevrez les résultats à votre domicile.

Retrouvez le mode d'emploi animé sur le site www.e-cancer.fr, rubrique information sur les cancers.